

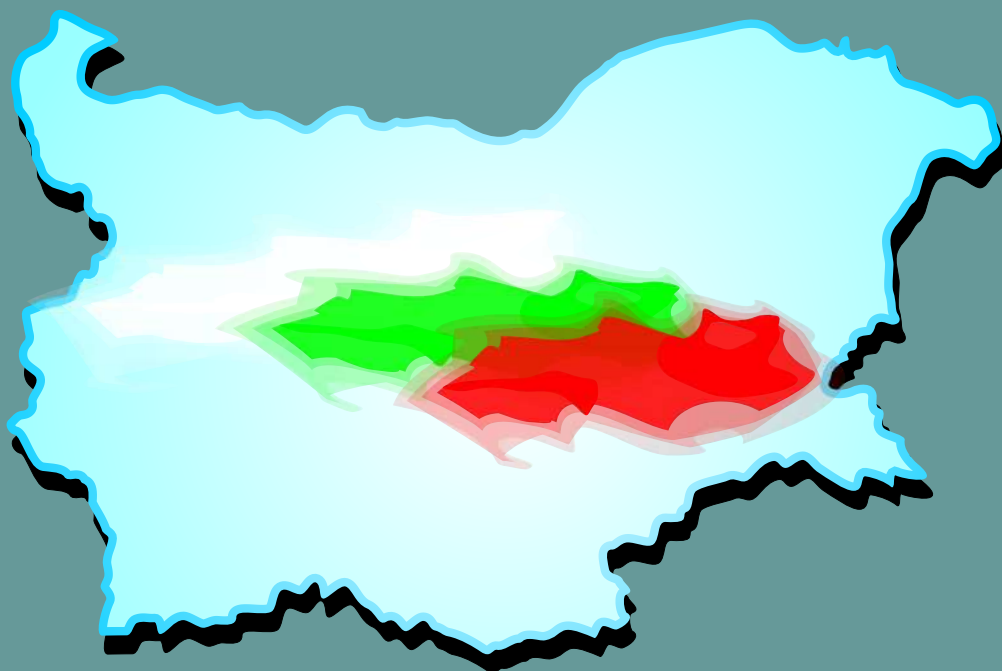


РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

МИНИСТЕРСТВО
НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ГОДИШЕН ДОКЛАД

НА
МИНИСТЪРА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО



2011 .

, 2012

СЪДЪРЖАНИЕ

1. ВЪВЕДЕНИЕ.....	2
2. ДЕМОГРАФСКО И ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ.....	8
2.1. Демографско състояние и влиянието му върху здравето на нацията.....	8
2.1.1. Брой и структура на населението.....	8
2.1.2. Естествен и механичен прираст на населението	10
2.1.3. Вътрешна и външна миграция.....	10
2.1.4. Бракове.....	10
2.1.5. Раждаемост	11
2.1.6. Смъртност.....	12
2.1.7. Детска смъртност.....	15
2.1.8. Естествен прираст	17
2.1.9. Средна продължителност на живота	18
2.1.10. Заболеваемост и болестност	19
2.1.11. Трайно намалена работоспособност / вид и степен на увреждане	24
2.1.12. Детско здраве.....	26
2.1.13. Психично здраве	27
2.2. Рискови фактори	28
2.2.1. Рискови фактори свързани със социално-икономическата среда	28
2.2.2. Рискови фактори свързани с околната среда	34
2.2.3. Рискови фактори свързани с начина на живот	39
3. ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА	44
3.1. Структура и организация	44
3.2. Нормативна база	54
3.3. Финансиране.....	57
3.4. Човешки ресурси.....	65
3.5. Лечебни заведения	68
3.5.1 Първична извънболнична помощ	68
3.5.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ	71
3.5.3. Болнична медицинска помощ.....	73
3.5.4. Спешна медицинска помощ.....	77
3.6. Специализирани програми.....	79
3.7. Фармацевтичен сектор и лекарствена политика.....	88
4. ВЛИЯНИЕ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ И МЕЖДУНАРОДНИТЕ ПОЛИТИКИ ВЪРХУ РАЗВИТИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО	94
5. ОТЧЕТ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ ЗА 2011 Г.	97
6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ – ОСНОВНИ РИСКОВЕ И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД БЪЛГАРСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ	105
7. ФАКТИ, АНАЛИЗИ И ОЦЕНКИ ЗА ЗДРАВЕТО И ЗДРАВНАТА СИСТЕМА НА БЪЛГАРИЯ ОТ МЕЖДУНАРОДНИ ПРОУЧВАНИЯ	110
8. ПРИЛОЖЕНИЯ	121
8.1. Таблици.....	121
8.2. Фигури	156
8.3. Списък на нормативните актове през 2011 г.....	168
8.4. Оценка на изпълнението на Плана за действие на Националната здравна стратегия	179

1. ВЪВЕДЕНИЕ

В ценностната система на българските граждани здравето винаги е заемало едно от челните места. Основна функция и грижа на държавата е опазване и възстановяване на здравето и повишаване на качеството на живот на всеки български гражданин. Здравето е не само право на всеки гражданин, гарантирано от Конституцията на страната, но и задължение на всеки, свързано със спазването на законодателството и поддържането на здравословен начин на живот, водещ до по-високо благополучие.

След присъединяването на България към Европейския съюз през 2007 година страната ни се превърна в една от многото демократични страни с отворена пазарна икономика, която започна да се влияе от общите глобализационни процеси – финансови, икономически и социално-политически.

Процесът на глобализация през последните години се характеризира, както със силно увеличен обем на трансграничните потоци на стоки и хора, така и с основни промени в тяхното естество. Този процес започва да навлиза и в политическото пространство – увеличаване на страните членки на Европейския съюз, търсене на пътища за по-голямо обединение в рамките на съюза, създаване на над национални политически органи – Европейски парламент, Европейска комисия, дори и Европейска конституция.

Здравето като неотменимо право на всеки човек и *„състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само липсата на болест или недъг“* (СЗО), включва само по себе си твърде много сложни фактори и взаимовръзки, които не позволяват да се гледа на него единствено като към обект, подложен на влиянието на глобализацията. Вътрешните зависимости на трикомпонентната структура на здравето, са подложени на влиянието и стават обект на зависимост от кръговите процеси на глобализацията: (1) повишените трансгранични потоци, които стимулират развитието на (2) глобалните правила и институции, които от своя страна спомагат за отваряне на (3) икономиките на отделните страни и по този начин се увеличават мащаба и обхвата на трансграничните потоци.

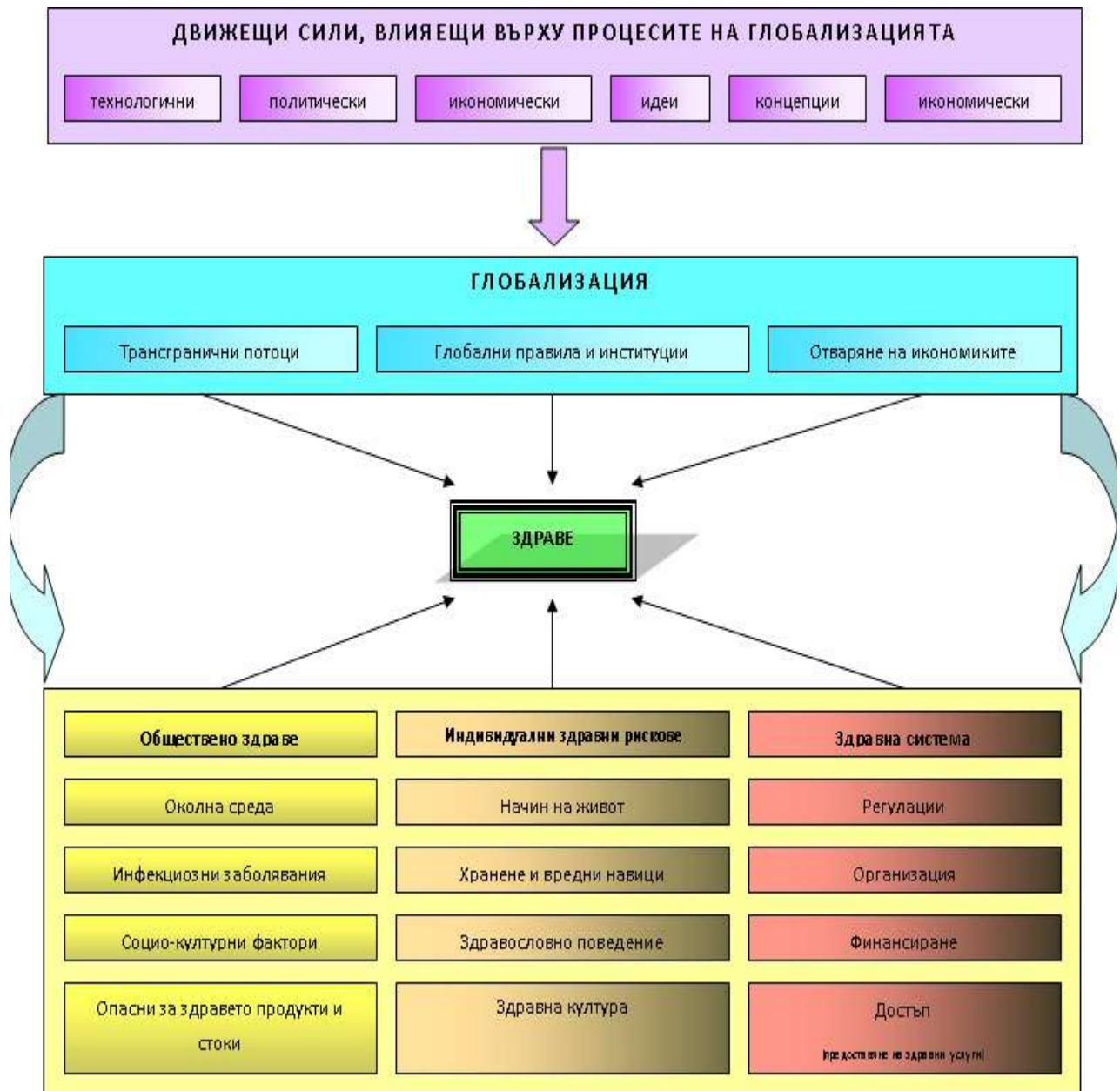
От своя страна здравето, което се определя от факторите на семейно-битовата, професионално-трудова, обществено-битовата среда и системата на здравеопазване, се влияе силно от факторите на обкръжаващата го социално-икономическа среда (политически, технологични, икономически, законодателни, религиозни и други). Именно тук се преплитат и влиянията на глобализацията, която има позитивни и негативни сили, свързани с развитието на новите технологии, политическото влияние, икономическият натиск, както и непрекъснатото променящите се идеи и най-вече повишената социална и екологическа ангажираност.

Общественото здраве зависи от влиянието на ниво население, рисковете за здравето на ниво индивид, както и от развитието на системата на здравеопазване в съответната страна. Тук се преплитат множеството преки и непреки връзки между глобализацията и здравето като цяло, а именно:

- **непреки** – влияние върху здравната система и политиката насочена към здравето, особено видно чрез въздействието на мултинационалните фармацевтични компании с политиката им на продажби и цени; влиянието на международните здравни организации и Европейския съюз – глобални правила и институции; трансграничен пренос на стоки и услуги – разширяващ се пазар на мултинационалните фармацевтични компании, разширяване на влиянието на мултинационалните монополи (с негативно влияние върху здравето) – продажба на тютюн, алкохол и други стоки); разширяващото се интегриране на частните здравноосигурителни компании;

- **преки** – трансгранично пренасяне на инфекциозни заболявания (особено показателни са AIDS, SARS и птичи грип); постепенно интегриране на медицинските знания и услуги в международен мащаб;
- **директни** – влиянието на националната икономика върху националното здраве – свързано с храненето, условията и начина на живот, пряко въздействие върху доходите на домакинствата, преразпределяне на финансовите потоци и влиянието им върху здравето на населението и върху системата на здравеопазване в съответната страна.

Фигура 1. Фактори влияещи върху здравето



В периода на финансова и икономическа криза всички тези фактори могат да изиграят положителна или отрицателна роля, за което е нужно съответните правителства и здравни политики да отчитат всички възможни тенденции и подходи за решаване на възникващите проблеми, свързани с нея.

Глобалната финансова и икономическа криза започнала през 2007 година и особено силно изявила се след 2009 година може да бъде определена като тежък удар върху здравните системи на света. Нейното най-силно влияние в България се прояви в последните две години чрез външен натиск върху здравеопазната система, изразяващ се преди всичко с негативни ефекти върху ресурсното осигуряване и с повишено търсене на здравни услуги от страна на населението.

Икономическата криза постави на изпитание здравните политики и ги изправи пред вземането на трудни решения относно:

- Осигуряване на **необходимите ресурси** за нейното функциониране и **правилното им планиране** на фона на намаляващите възможности на държавата и населението да покрива разходите, свързани с осигуряването на здравните услуги и необходимите инвестиции;
- Намаляването на **публичните разходи** за здраве (или тяхното задържане на определени нива) при икономическа криза, свързана с повишаване на броя на безработните и хората в неравностойно положение;
- Намаляване или задържане на същите нива на основните здравни услуги, което в бъдеще може да доведе до дестабилизиране на здравната система, намаляване на достъпа на населението до нея, проблеми свързани с качеството на услугите, демотивация на работещите в системата, което в дългосрочен план ще доведе до повишаване на разходите за здраве, поради задълбочаващи се тенденции в негативното здравно състояние на населението.

Възможните подходи и действия при настъпилата икономическа криза, пред които се изправят здравните политики са насочени в няколко направления, а именно:

- А) вземането на решения за намаляване на обществените разходи за здраве или
- Б) преразпределението на наличните разходи към по-ефективното им използване,

Тези решения могат да бъдат насочени преди всичко към предприемане на действия по:

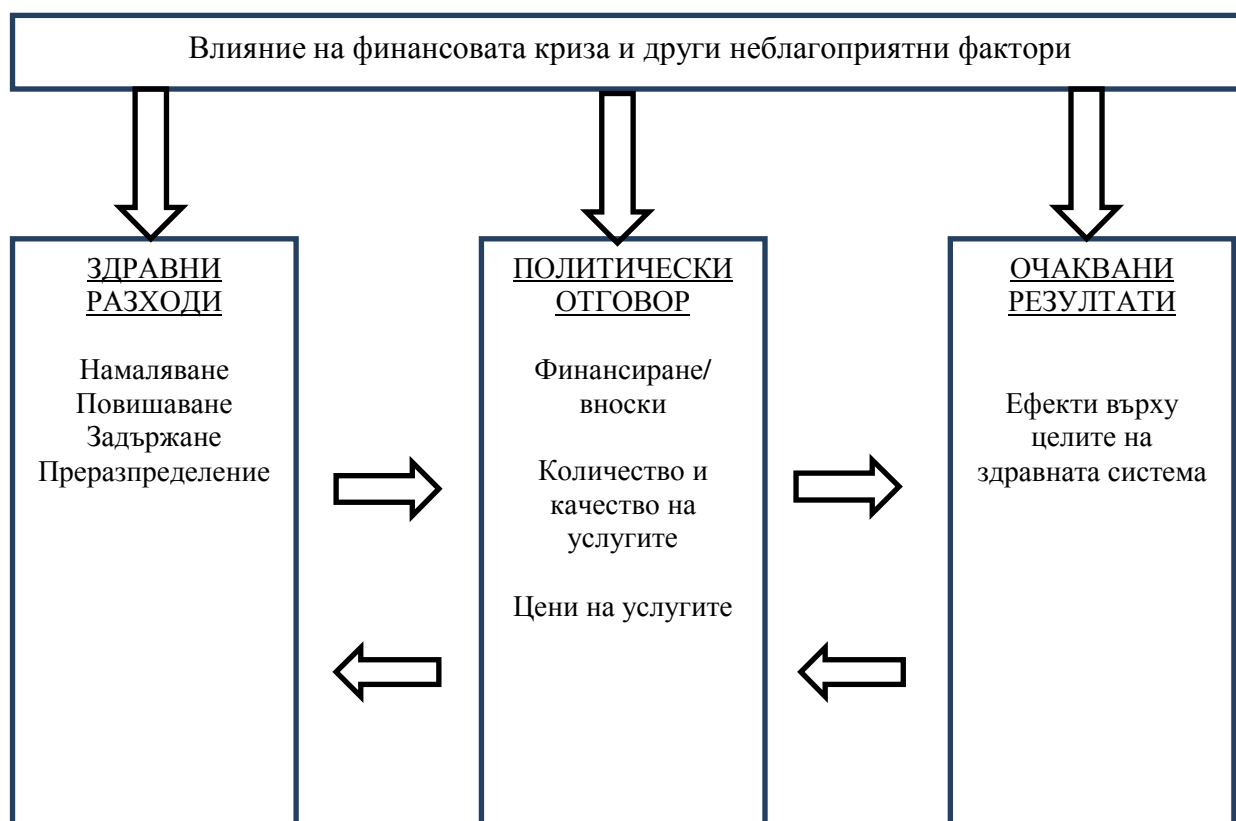
- 1) повишаване на осигурителните вноски или данъци с цел запазване на финансовата стабилност на системата;
- 2) намаляване на обема на предоставяните услуги или намаляване на качеството на услугите и
- 3) намаляване цената на услугата.

Както посочват в своя доклад експертите на СЗО¹ здравно-политическият отговор на икономическата криза от страна на здравните политики има няколко възможни алтернативи: 1) влияние върху нивото на публичните разходи за здравеопазване; 2) влияние върху разпределението на тези разходи с цел ефективното им използване и 3) влияние върху осигурителните вноски, обемите и цените на услугите и цените на останалите ресурси (медикаменти, консумативи, заплати и други).

На следващата фигура са представени възможните подходи при шоковото влияние на финансово икономическата криза върху системата на здравеопазване.

¹ Philipa Mladovsky, Divya Srivastava, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Tamás Evetovits, Sarah Thomson, Martin McKee. Health policy responses to the financial crisis in Europe. Policy summary No: 5 ISSN 2077-1584

Фигура 2. Възможни здравнополитически подходи при икономическа криза



Източник: Адаптирано по Philipa Mladovsky, Divya Srivastava, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Tamás Evetovits, Sarah Thomson, Martin McKee. Health policy responses to the financial crisis in Europe. Policy summary No: 5 ISSN 2077-1584, стр. 4

В тази трудна ситуация за постигане на баланс между финансовия и икономически натиск върху здравната ни система и осигуряване на необходимите здравни услуги правителството предприе различни мерки да постигането му, а именно:

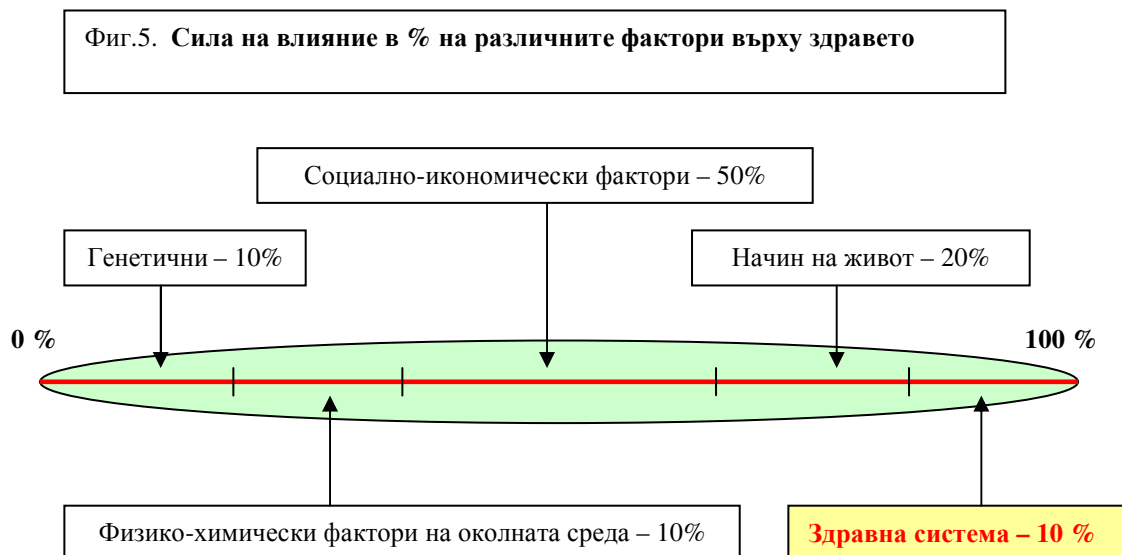
- Пълна забрана на тютюнопушенето
- Политиката за въвеждане на допълнително здравно осигуряване или изцяло прехвърляне на здравното осигуряване върху НЗОК бе стопирана от правителството с цел контрол върху публичните средства и институции в системата на здравеопазване
- Министерството на финансите пое контрол върху определянето на цените на здравните услуги, което бе напълно отхвърлено от съсловните организации
- Политика на задържане и леко намаляване на публичните разходи в отговор на финансовата криза и съответно повишаване на осигурителните вноски от страна на населението
- Увеличаване на данъци и акцизи на стоки като алкохол и цигари, с очакване на двоен ефект върху здравната система и въздействието им върху промоцията на здравето на населението
- Развитие на мерките и нормативната база в направление на регулиране на цените на лекарствата и медицинските консумативи и осигуряване на стриктен контрол върху тях

- Разработване на планове и осигуряване на политика по въвеждане на нови механизми за финансиране на болничната медицинска помощ чрез въвеждането на ДСГ.

В много страни от Европа в отговор на икономическата криза бяха предприети политики за намаляване на цените на услугите, които се заплащат на предоставящите ги, но в нашата страна бе получен силен отпор от страна на медицинското съсловие и пациентските организации. В различни страни от света бяха предприети политики за реструктуриране на структурите на министерствата на здравеопазването или осигурителните институции с цел намаляване на допълнителните разходи и повишаване на ефективността, като бяха реструктурирани и множество национални програми и планове. През 2011 година МЗ намали броя на работещите в него и подчинените му структури.

Когато се прави оценка на въздействието на различните фактори върху здравето на населението, голяма част от експертите и специалистите² определят това влияние в процентно съотношение, което може да бъде изразено по следния начин:

Фигура 3. Сила на влияние в % на различните фактори върху здравето



От представеното на фигурата е видно, че най-съществено влияние върху здравето на гражданите имат социално-икономическите фактори на окръжаващата среда (50%), следвани от начина на живот на отделните граждани, семейството, групите и обществото (20%). Въздействието на здравната система върху индивидуалното, груповото и общественото здраве е в рамките на едва 10%. Тук трябва да се отбележи, че и самата здравна система изпитва допълнително външни въздействия, които оказват влияние върху нейната ефективност.

Тук е необходимо да се посочи, че както здравните политики, така и обществото трябва да се замислят върху факторите, които оказват влияние върху здравето на гражданите и да пренасочат своите очаквания от това, че здравната система ще реши всички проблеми, свързани с опазване и възстановяване на здравето. Тези очаквания не

² М. Попов, В. Борисов, Г. Грънчарова, П. Салчев

почиват на обективна основа и именно затова в последните години се наблюдава спадане на доверието на гражданите към здравната система и работещите в нея.

Здравната система може и трябва да подпомага усилията на гражданите и обществото за постигане на по-високо ниво на здраве и качество на живот чрез всички свои диагностични, клинични, организационно методични и научни методи, предоставяне на експертни оценки и разработването на съответните програми, но не може да наложи решения и поведение, което е задължение на обществото и политиците.

Настоящият доклад за здравето е насочен и представя обективна оценка на здравното състояние на гражданите през 2011 година и някои основни тенденции, които се развиват в него, както и основните здравни потребности на населението. Той описва функционирането на здравната система и нейните възможности за предоставяне на необходимите ресурси и осъществяването на дейностите по задоволяването на изявените здравни потребности. В доклада е направен анализ на изпълнението на основните политики и Националната здравна стратегия. В заключението са представени основните изводи и възможни подходи по решаването на някои от възникналите проблеми, отбелязани в анализа.

2. ДЕМОГРАФСКО И ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ

Общественото здраве е обусловено от комплекс от фактори, които оказват сложно комбинирано въздействие: социално-икономическо и политическо развитие, околна среда, модели на живот и поведение на индивидите, личностни и генетични особености, здравеопазване. В този комплекс водеща е ролята на социално-икономическите условия. Приносът на здравеопазването за здравното състояние е около 10%. Следователно отговорността за здравето е отговорност преди всичко на индивида за водене на здравословен начин на живот, отговорност на общността и на държавата за създаване на благоприятни условия на външната среда и обезпечаване на добър жизнен стандарт, които да гарантират добро качество на живота.

От друга страна здравно-демографското състояние на населението не трябва да се разглежда като самоцел, защото то е от основно значение не само за благополучието на гражданите, но и важен фактор за икономически растеж.

2.1. Демографско състояние и влиянието му върху здравето на нацията

Настоящата демографска ситуация в България е резултат от продължително действие на множество фактори и влияния. Някои от тях са свързани с общи тенденции в демографското развитие на европейските страни, а други – със специфичните особености на историческото, икономическото и културно развитие на страната³.

Демографските процеси в България се характеризират с трайна тенденция за намаляване броя на населението и на неговото застаряване. Основни причини за това са ниската раждаемост, нарастването на смъртността и емиграцията на значителна част от младите хора.

2.1.1. Брой и структура на населението

Населението в България към 31.12.2011 г. е 7 327 224 души, което представлява 1.5% от населението на Европейския съюз и нарежда страната ни на 16-о място по брой на населението. В сравнение с предходната година то е намаляло с 177 644 души (2.37%). Две трети от намалението на населението (68.9%) се дължи на отрицателния естествен прираст (повече починали лица от родените) и почти една трета (31.1%) - на емиграция¹.

Броят на жените е 3 760 457, което представлява 51.3% от цялото население, а мъжете са 3 566 767 (48.7%). Делът на жените е намален спрямо предходната година (51.63%), като остава незначително по-висок от този на мъжете (48.7%). Запазва се тенденцията за нарастване на съотношението жени/мъже след 50 годишна възраст. Въпреки общия превес на жените, в по-ниските възрастови групи те са по-малко от мъжете, което обуславя по-ниски нива на демографско възпроизводство на населението (Фигура 4).

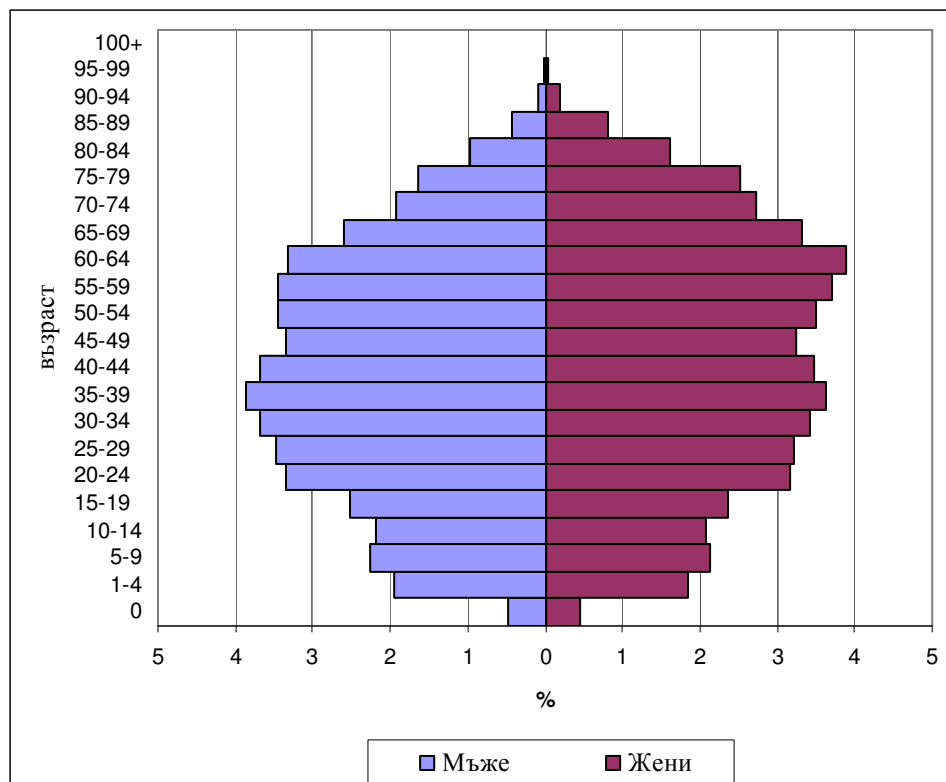
Запазва се тенденцията за увеличаване на относителния дял на градското население и намаляване на това в селата. В градовете живее близо 3/4 от населението на страната – 5 324 900 души (72.7%), а в селата – 2 002 324 (27.3%). Спрямо предходната година е увеличен делът на живеещите в градовете с 1.1%. Наблюдава се трайна тенденция за обезлюдяване на населени места, предимно на селата и то в пограничните райони (северозападна и югоизточна граница). Това представлява сериозен проблем за икономическото развитие, а в бъдеще и за държавното и

³ Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030 г.)

регионално управление и е индикатор за задълбочаващите се различия между условията на работа и живот в градовете и селата¹.

През последното десетилетие настъпват съществени промени във възрастовата структура на населението, повлияни от промените в раждаемостта, смъртността, средната продължителност на живота, миграцията, жизнения стандарт, политическите промени и др. Продължава процесът на демографско остаряване, характеризира се с намаляване на броя и дела на населението до 15-годишна възраст и увеличаване на дела на населението над 65 години – проблем, характерен и за другите страни-членки на ЕС (Приложение – таблица 1).

Фигура 4. Възрастова пирамида на населението в България



Източник: НСИ

След 2000 г. се наблюдава тенденция за намаляване на дела на децата до 15-годишна възраст, който за 2011 г. е 13.4% от общия брой на населението (979 956 деца) и е по-нисък от същия за ЕС (15.57%). В същото време нараства относителният дял на лицата над 65-годишна възраст, който през 2011 г. достига 18.9% при 17.7% за предходната година. В сравнение със средния показател за Европейския съюз (17.32%), той остава, макар и незначително, по-висок⁴. В 13 области на страната населението на 65 и повече години е повече от 1/5.

Проблемът със застаряването на населението в България и деформираната възрастова структура е изключително важен и значим, тъй като тя ще определя възпроизводството на населението и на работната сила през следващите десетилетия. Нарастващият брой и дял на старите хора (на 65+ г.) поставя и ще поставя сериозни предизвикателства пред социално-осигурителната система, системата за социално подпомагане, здравеопазването, образованието. Прогнозите на ООН предвиждат през

⁴ WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB).

2025 г. делът им сред възрастното население да достигне до 26,2% в Източна Европа. Това поражда необходимостта от изграждане и ефективно функциониране на адекватна мрежа от специализирани институции, както и от оказване на разнообразни социални услуги и медицински грижи⁵.

2.1.2. Естествен и механичен прираст на населението

Естественият прираст на населението през 2011 г. е -5.1‰ при -4.6‰ за предходната година, т.е. абсолютната му стойност е увеличена с 0.5‰. В резултат на отрицателния естествен прираст населението на страната е намаляло през 2011 г. с 37 412 души, с 2 760 повече от 2010 г. Това намаление се дължи основно на негативните демографски тенденции в селата, където естественият прираст е близо 6 пъти по-голям по абсолютна стойност (-12.7‰) от този в градовете (-2.2‰). През 2011 г. всички области в страната имат отрицателен естествен прираст.

Механичният прираст (разлика между заселени в страната и изселени от страната) също е отрицателен – минус 4 795 души, като намалението в резултат на външна миграция, изразено чрез коефициента на нетна миграция (отношение на нетната миграция към средногодишния брой население) е -0.7‰⁶. През 2010 г. механичният прираст е -24 190 души, най-високата стойност след 2007 г.

2.1.3. Вътрешна и външна миграция

През 2011 г. в преселванията между отделните населени места в страната са участвали 90 646 души, най-често по направление „град-град“.

Броят на изселените от страната през 2011 г. е 9 517, в т.ч. 4 460 мъже и 5 057 жени. Най-голям е броят и делът на тези във възрастовата група 30-34 г., следвана от 25-29, 35-39 и 40-44 годишните, общо обуславящи повече от половината от всички изселвания от страната (55.08%).

В резултат на вътрешната и външната миграция населението в градовете е намаляло с 11 146, а в селата е увеличено с 6 351 души.

България продължава да бъде напускана от млади и образовани хора, в които държавата е инвестирала и които се адаптират по-лесно към изискванията на пазара. Този процес има сериозни икономически и социални последици за бъдещото развитие на страната. Емиграцията оказва силен негативен ефект и върху възпроизводството на населението, тъй като страната напускат жени в детеродна възраст, с което се понижава равнището на потенциалната бъдеща раждаемост за много по-дълъг период от време – 40-50 години. Мотивите за емиграция се свързват със стремеж за образователна и професионална реализация и осигуряване на трудова заетост, с по-високи доходи и по-висок жизнен стандарт.

2.1.4. Бракове

Броят на регистрираните юридически бракове през 2011 г. е 21 448, което е с 2 838 по-малко от предходната година. От тях 16 704 (77.9%) са сред градското население. Намалението на този показател обуславя и намалението на коефициента за брачност, който достига 2.9‰.

Не се регистрира промяна спрямо предходната година в средната възраст при сключване на първия брак: при мъжете – 30.1 години, при жените – 26.9 години.

⁵ Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030 г.)

⁶ България 2011. Статистическа панорама, НСИ, юли 2012

През последните 2 десетилетия започва да се формира тенденция за намаляване дела на женените/омъжените лица за сметка на неженените/неомъжените и на лицата в съжителство без брак. Това най-вече е свързано с промяната от традиционен семеен модел със сключен граждански брак към свободно съжителство. От 2001 г. до 2011 г. два пъти е увеличен делът на лицата, живеещи в семейно съжителство, без сключен юридически брак – от 4% на 8%.

2.1.5. Раждаемост

Броят на родените през 2011 г. е 71 402, от които живородените са 70 846 (99.2%) и мъртвородените са 556 (0.8%)⁷. Спрямо предходната година броят на живородените деца е намалял с 4 667 деца.

Броят на живородените момчета е 36 533, с 2 220 по-голям от този на момичетата – 34 313 или на 1000 момчета се падат 939 момичета. В градовете живородените са 53 396 (с 3 681 по-малко от предходната година), а в селата – 17 450 (с 986 по-малко от 2010 г.).

Многоплодните раждания са 1 119, като по 2 деца са родени при 1 096 от тях, по 3 деца – при 23 раждания. Броят им е намален спрямо 2010 г. със 125.

Не се отчита промяна спрямо предходната година в средната възраст на жените при раждане на първо дете - 26.3 години⁸.

Наблюдава се дълготрайна тенденция за намаляване на **раждаемостта**. В България тя започва от 1925 г., независимо от настъпилите компенсационни ефекти след 1950 г. и колебанията между 1968 и 1974 г. Сnižаването на раждаемостта е обективно обусловен процес от влиянието на редица демографски, социални и икономически фактори. Социално-икономическите промени след 1989 г. ускоряват този процес и през 1997 г. нивото на раждаемостта спада до 7.7‰. Следва процес на стабилизиране, като през последните години раждаемостта бележи относително нарастване (Фигура 5). През 2011 г. броят на ражданията в страната е намалял и коефициентът на общата раждаемост е 9.6‰ (10.0‰ за 2010 г.), като остава по-нисък от този за ЕС (10.7‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.

Раждаемостта в градовете намалява и през 2011 г. е 10.0‰, а в селата се запазва почти на едно ниво – 8.7‰. По-високата раждаемост в градовете се определя от по-младата възрастова структура на населението.

Значими социални и здравни проблеми поставят ранните раждания на момичета под 15 годишна възраст и на 15-19 години. Въпреки снижаването на броя на родилките до 19 г., той остава относително висок - 7047 през 2011 г. при 8155 за 2010 г.

Нарастването на раждаемостта през последните години се дължи предимно на повишаването на **плодовитостта** на родилните контингенти, измерена чрез **тоталния коефициент на плодовитост** (среден брой деца, които една жена ражда през целия си детероден период). Най-ниската стойност на този показател е регистрирана през 1997 г. – 1.12. Следва увеличение на нивото: 1.31 през 2005 г., 1.49 деца през 2010 и през 2011 г. достига 1.51 (ЕС – 1.56). Стойностите на плодовитостта през последните няколко години са най-високите след 1991 г.

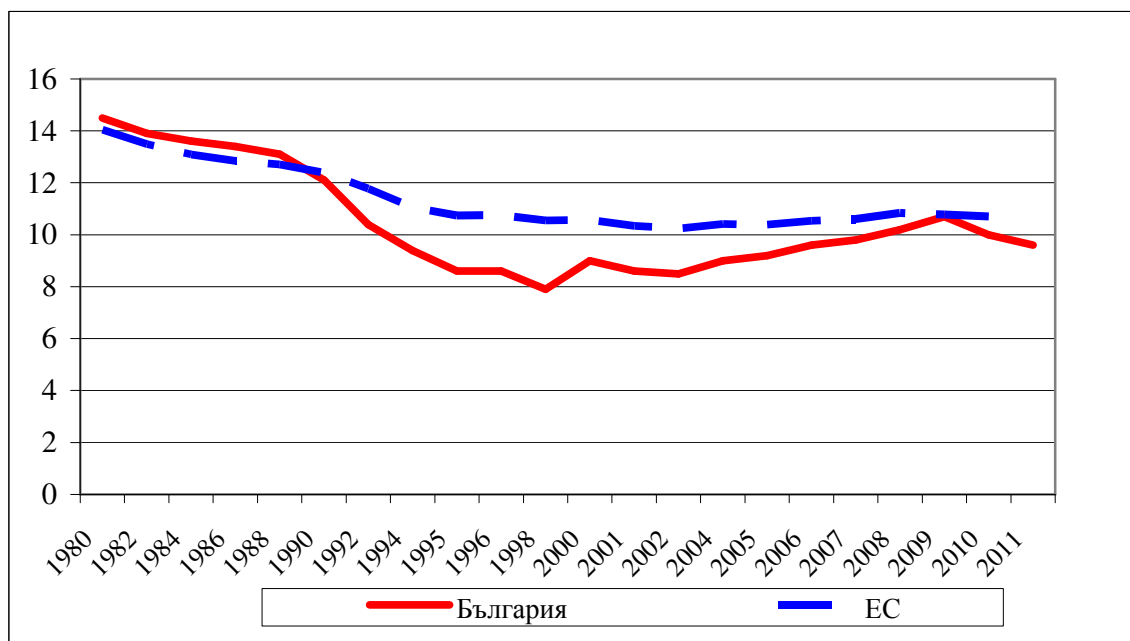
Намаляването на жените във фертилна възраст и увеличаването на тоталния коефициент на плодовитост показва, че увеличеният брой раждания се дължи главно на отложени във времето раждания и раждане на второ или следващо дете⁹.

⁷ НСИ

⁸ България 2011. Статистическа панорама, НСИ, юли 2012

⁹ Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030 г.)

Фигура 5. Ниво на раждаемостта в България и ЕС (на 1000 души)



Източник: WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB)

Запазват се териториалните различия. Най-висока е раждаемостта в областите Сливен (12.5‰), София град (10.6‰), Търговище и Варна (10.4‰), а най-ниска в областите Смолян (6.5‰), Видин (7.5‰) и Перник (7.6‰).

Свързани с раждаемостта са и проблемите за **безплодието и абортите**.

През 2009 г. е създаден Фонд „Асистирана репродукция”, който финансира двойки с репродуктивни проблеми. По данни на МЗ през 2011 г. 3395 жени (90% от всички кандидати) са получили финансиране за ин витро. Броят на родените деца е над 700 срещу 648 за предходната година. Данните показват, че 26-30% от опитите за ин витро са успешни. За последните 3 години (2009-2011 г.) са родени близо 1400 деца.

Въпреки изразената тенденция за намаляване броя на **абортите** (1990 г. – 144 644; 2000 г. – 61 378), те съставляват половината от ражданията през годината. При 71 402 раждания за 2011 г. броят на абортите е 31 716. На 1000 жени на възраст 15-49 години се падат 43 раждания и 19.1 аборти. Най-голям е броят и делът на абортите във възрастовата група 25-29 г. – 7782 (24.54%) и 30-34 години – 7410 (23.36%). На лица до 15 годишна възраст са извършени 182 аборта (0.57%), а до 19-годишна възраст – 3269 (10.31%), т.е. всеки десети аборт е извършен на лице до 19-годишна възраст. (Приложение – таблица 2)

Броят на абортите на 1000 живородени в България през 2011 г. е 447.68 и е 2 пъти по-висок от средния за ЕС (222.4‰). По-висок е показателят само за Естония, Унгария и Румъния. (Приложение – таблица 3).

Легалният аборт продължава да се използва като контрацептивен метод въпреки риска за здравето и детеродната способност на жената. От всички извършени аборти 2502 са по медицински показания (7.89%), 9689 са спонтанни (30.55%) и останалите - по желание – 19525 (61.56%).

2.1.6. Смъртност

Проблем за България е високото ниво на **смъртността – обща и преждевременна**.

След 1964 г., когато е регистрирана най-ниската стойност на **общата смъртност** в страната (7.9‰), показателят трайно нараства. Броят на умрелите лица през 2011 г. е 108 258, а коефициентът на смъртност – 14.7‰ (14.6‰ за 2010 г.). Показателят остава значително по-висок от средния за ЕС (9.64‰). Запазва се тенденцията смъртността да бъде по-висока при мъжете (15.8‰), отколкото при жените (13.7‰) и в селата (21.4‰), отколкото в градовете (12.2‰).

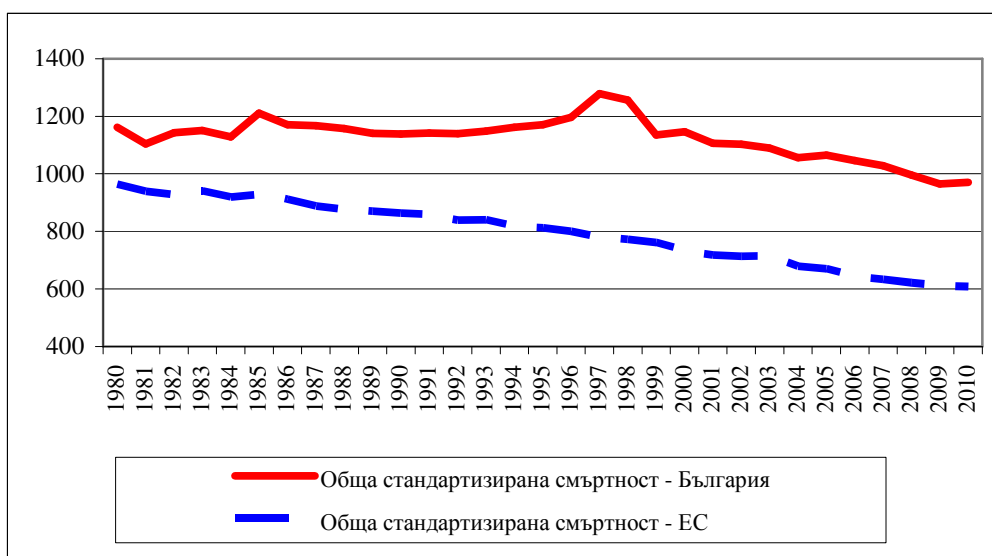
Запазват се и териториалните различия по области. Най-високо е нивото на общата смъртност в областите: Видин (22.7‰), Монтана (20.9‰), Перник (18.9‰), а най-ниска в София град (11.7‰), Благоевград и Варна (11.9‰).

Високото ниво на общата смъртност се поддържа основно от умиранията на лицата над 65 годишна възраст, макар че се наблюдава нарастване на общата смъртност и сред лицата във възрастовата група 60-64 години. Основен фактор за това е демографското застаряване. Демографските прогнози показват, че именно поради обективните процеси на остаряване, нивото на общата смъртност в страната ще остане високо и непроменено поне до 2030 г.¹⁰

Показателят на *преждевременната смъртност* (относителен дял на умрелите лица под 65-годишна възраст от общия брой на умиранията) запазва нивото си за последните 5 години и продължава да е висок. През 2011 г. е 23.3% при 23.4% през 2010 г. и остава малко по-висок от средната стойност за ЕС (22%), т.е. почти всяко четвърто умиране в страната е на лице, ненавършило 65 години. При мъжете преждевременната смъртност е 2 пъти по-висока (30.9% при 15.2% за жените).

Следва специално да се подчертае, че България остава страна с един от най-високите *стандартизирани коефициенти за смъртност*¹¹ (970,26 ‰) сред страните от ЕС, независимо от изразената тенденция за намаление (Фигура 6). В повечето европейски страни стандартизираният коефициент за смъртност е по-нисък от средния за ЕС (608.25‰).

Фигура 6. Стандартизирани коефициенти за обща смъртност в България и ЕС (на 100 000 население)



Източник: WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB)

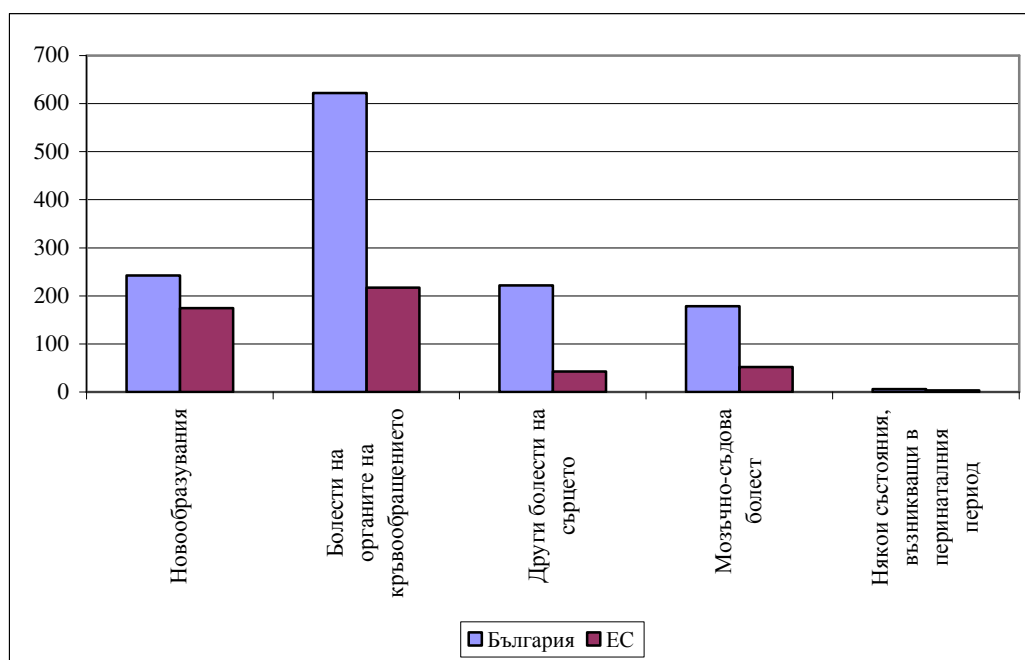
¹⁰ Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030 г)

¹¹ Стандартизацията има за цел да отстрани различията във възрастовата структура и да покаже каква би била смъртността, ако сравняваните популации имат еднаква структура по възраст. В случая е изчислена по директен метод и представлява тази, която би било, ако коефициентът на населението е със същото възрастово разпределение като стандартното европейско население

По данни на Eurostat сред 19 страни-членки на ЕС¹² (данните за България са за 2010 година, а за ЕС са от последната достъпна година) стандартизираната смъртност на 100 000 души население в България, надвишава средната за ЕС **по 17 причини за смърт (МКБ-10): всички причини; туберкулоза; злокачествени новообразувания; злокачествени новообразувания на стомаха, дебелото черво, ректум, сигма, анус; захарен диабет, болести на органите на кръвообращението; исхемична болест на сърцето; мозъчно-съдова болест; хронични заболявания на черния дроб; болести на пикочо-половата система; болести на бъбрека и уретера; някои състояния, възникващи в перинаталния период; симптоми, признаци и отклонения в клинични и лабораторни находки, неklasирани другаде; транспортни произшествия** (Приложение – таблица 4).

Освен това България **заема 5 първи места** сред тези страни за: **новообразувания; болести на органите на кръвообращението; други болести на сърцето; мозъчно-съдова болест; някои състояния, възникващи в перинаталния период** (Фигура 7) и **3 втори места** за: **туберкулоза; менингококова инфекция и болести на бъбрека и уретера**.

Фигура 7. Стандартизиран коефициент за смъртност от някои причини, за които България заема 1-во място в ЕС на 100 000 души в България и ЕС



Източник: Евростат

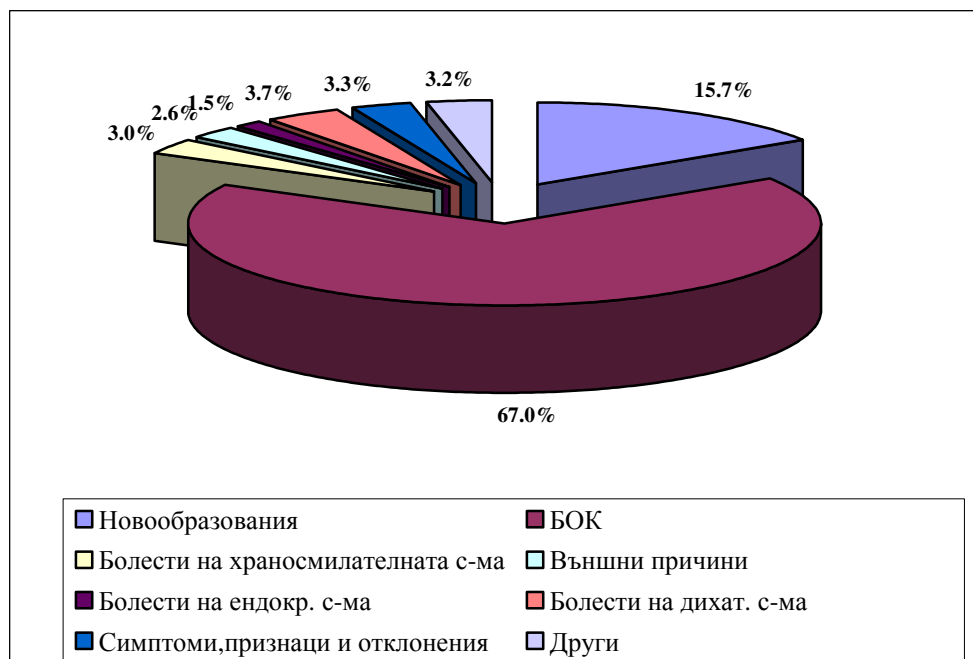
Стандартизираният коефициент за смъртност за България от болести на органите на кръвообращението (БОК) - 621.69‰ остава изключително висок в сравнение със средния за ЕС – 225.3‰. (Фигура 7).

Стандартизираният коефициент за смъртност от новообразувания в България (243 ‰) е по-висока от средната за ЕС – 175‰.

¹² Евростат

В структурата на *смъртността по причини*, продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението (67.0%) и новообразуванията (15.7%) (Фигура 8).

Фигура 8. Структура на умираанията по причини в България през 2011 г.



Източник: НЦОЗА

В структурата на умираанията от болести на органите на кръвообращението с най-висок дял са представени сърдечната недостатъчност, мозъчносъдовата и исхемична болест на сърцето (съответно 33.2%, 28% и 17.5%). (Приложение - таблица 5)

В структурата на умираанията поради злокачествени новообразувания през 2011 г. водещи са заболяванията на бронхите и белия дроб (19.72%), следват тези на дебелото черво (9.05%), млечната жлеза при жените (7.70%), стомаха (7.44%), панкреаса (5.65%) и на простатата (5.31%). Общо те обуславят повече от половината умираания от този клас болести (54.87%). Наблюдават се съществени различия в структурата по пол. При мъжете водещи са злокачествените новообразувания на бронхите и белия дроб, следвани от тези на простатата, на дебелото черво, на стомаха и на панкреаса. При жените водещи са злокачествените новообразувания на млечната жлеза, следват тези на дебелото черво, на бронхите и белия дроб, на стомаха и панкреаса.

2.1.7. Детска смъртност

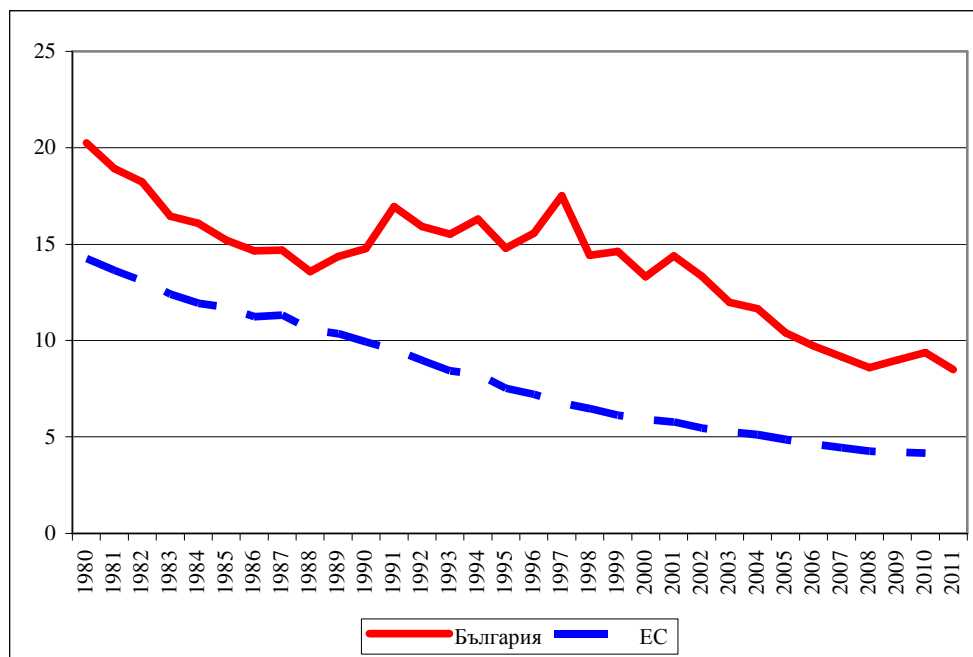
Продължава да е висока *детската смъртност*, независимо от изразената положителна тенденция към снижаване. През 2011 г. в страната са умрели 601 деца на възраст до 1 г. (708 за 2010 г.), като коефициентът на детската смъртност е намалял от 9.4‰ през 2010 г. на 8.5‰ през 2011 г. Достигнатото равнище на детската смъртност през последните 4 години е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България (Фигура 9). Въпреки това, детската смъртност остава 2 пъти по-висока, отколкото в ЕС (4.18‰). Този показател е индикатор, отразяващ качеството на

медицинската помощ, но преди всичко е свързан с жизнения стандарт и здравната култура на населението.

В селата показателят запазва нивото си, но остава по-висок от този в градовете (съответно 10.8‰ и 7.7‰). Причини за това могат да се търсят във влошаване на социално-икономическите условия в селата, ограничения достъп до здравни услуги, пониското образование и култура.

Областите с най-висока детска смъртност са Сливен (17‰) и Пазарджик (14.6‰), а с най-ниска – София град (4.2‰), Кюстендил (4.6‰) и Враца (6.9‰).

Фигура 9. Показатели за детска смъртност в България и ЕС (на 1000 живородени)



Източник: НЦОЗА, WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB)

Перинаталната детска смъртност се задържа висока и през 2011 г. (11.7 на 1000 родени деца) се повишава спрямо предходната година (11.4‰), като остава 2 пъти по-висока от средния показател за ЕС (5.56‰).

Показателят за **мъртвораждаемостта** – 7.8‰, е около 2 пъти по-висок от средната стойност за ЕС (4.05‰). Висок е относителният дял на мъртвородените деца от майки под 19-годишна възраст, като една от възможните причини е несвоевременно откриване на патологични състояния, причиняващи втреутробна смърт на плода.

Неблагоприятни стойности се установяват и по отношение на другите повъзrastови показатели за детска смъртност: неонатална и постнеонатална, сравнени със средните стойности за ЕС.

Неонаталната детска смъртност след 2000 г. показва тенденция за намаляване до 2007 г., когато достига най-ниското ниво – 4.91 на 1000 живородени, след което отново започва да се повишава и през 2011 г. достига 5.3‰. Средната стойност в ЕС на този показател (2.83‰) непрекъснато намалява и е близо 2 пъти по-ниска от тази в България

Постнеонаталната детска смъртност непрекъснато намалява и през 2011 г. е 3.2 на 1000 живородени без умрелите до 28 ден. Средната стойност за ЕС е 1.41‰ и е 2.3 пъти по-ниска от тази за България.

През 2009 г. за първи път са възприети критериите за „раждане“ и „аборт“, препоръчвани от СЗО. Лекото покачване на перинаталната, ранната неонатална смъртност както и на недоносеността, би могло да се обясни и с това обстоятелство. Недоносеността се повишава вероятно и поради нарастване на успехите на асистираната репродукция. Ранната неонатална смъртност би следвало да се дължи по-скоро на инциденти по време на раждането (тежка асфиксия и др. или на тежки вродени аномалии), което означава, че следва да се работи още в насока усъвършенстване на пренатална диагностика и качеството на родилния процес.

Анализът на *умиранията при децата до 1-годишна възраст по причини* показва, че най-голям е броят на починалите поради някои състояния, възникващи през перинаталния период – 290 (48.25%), в т.ч. дихателни и сърдечно-съдови нарушения, характерни за перинаталния период – 197, от които 106 поради респираторен дистрес синдром. Следват вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации – 93 (15.47%), болести на органите на кръвообращението (13.81%) и на дихателната система (9.82%). Тези 4 класа обуславят 87.35% от всички умирания на деца до 1-годишна възраст. Не се наблюдава съществена разлика в структурата на умиранията до 1 година по пол.

Интегралният показател, характеризиращ *вероятността за умиране на децата преди достигане на 5-годишна възраст*¹³ в България е 11.14‰ – 2 пъти по-високо ниво от средното за ЕС (5.01‰) (Приложение - таблица 6). Най-често основните причини за смърт на децата до 5 години са: някои състояния, възникващи през перинаталния период, болести на дихателната система, вродени аномалии, болести на органите на кръвообращението и външни причини за заболяемост и смъртност.

Недоносеността се намира в тясна връзка с качеството на акушеро-гинекологичната помощ. През 2011 г. броят на недоносените новородени е 5941, което представлява 8.4% от живородените, колкото е и през 2010 г. Недоносените мъртвородени са 372, което представлява 65.4% от мъртвородените. Ражданията на недоносени деца са значително по-чести сред социално слабите слоеве на населението и при млади майки (под 20 и особено под 15 години). Недоносеността е важен фактор и има съществен „принос“ за нивото на перинаталната детска смъртност.

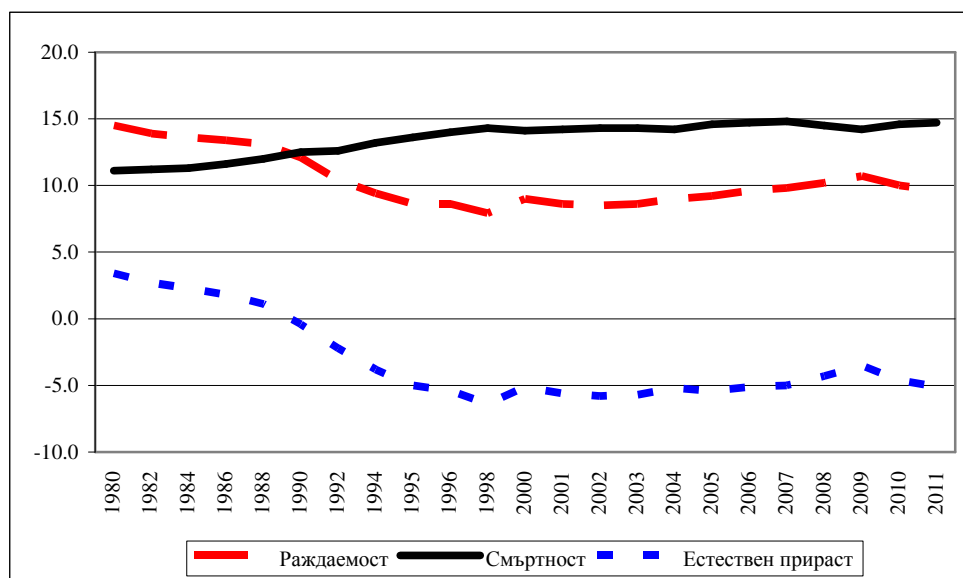
Майчината смъртност на 100 000 живородени от 19.07 през 2001 г. намалява до 4.94 през 2009 г., когато е и най-ниската регистрирана стойност на показателя, след което бавно се увеличава и достига 7.95‰. Съответният показател за ЕС намалява от 7.72‰ до 6.1‰ (Приложение – таблица 7).

2.1.8. Естествен прираст

Ниското ниво на раждаемост и високата смъртност обуславят *отрицателния естествен прираст* на населението през последния десетгодишен период (Фигура 10). През 2011 г. коефициентът на естествен прираст е -5.1% при -4.6‰ за 2010 г., като в селата той е съществено по-нисък от този в градовете (съответно -12.7‰ и -2.2‰). В Европа (освен нашата страна) с отрицателен естествен прираст на населението са Латвия, Румъния, Германия, Унгария, Португалия и др. Останалите страни имат положителен естествен прираст, като най-висок е в Ирландия - 10.4‰.

¹³ Броят смъртни случаи до навършване на 5 год. възраст на 1000 живородени. За изчисляването се използват таблиците за смъртност и очакваната средна продължителност на живота

Фигура 10. Показатели за раждаемост, обща смъртност и естествен прираст (на 1000 души)

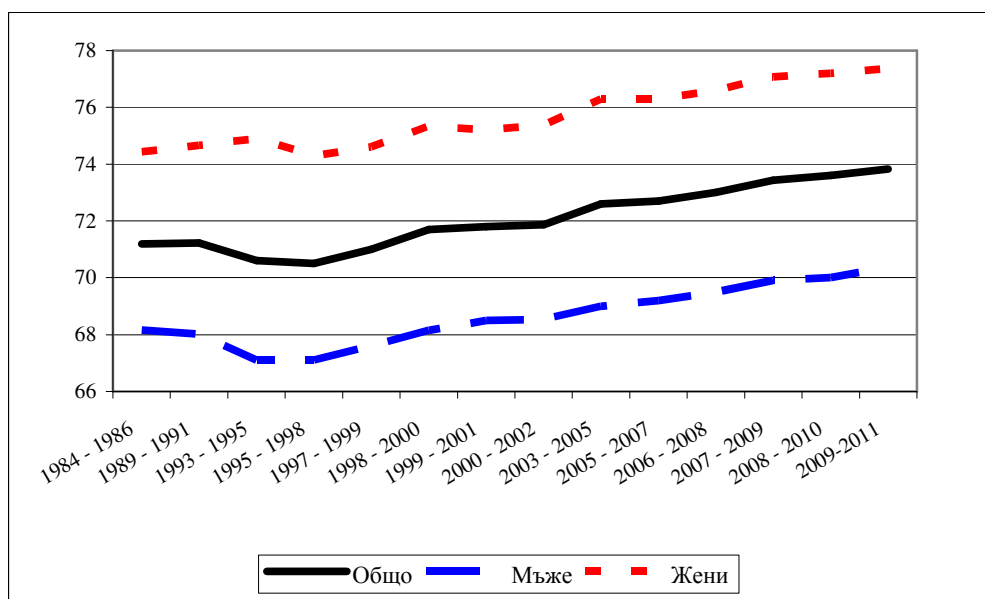


Източник: НСИ

2.1.9. Средна продължителност на живота

През периода 2009-2011 г. средната продължителност на живота у нас нараства от 73.60 години на 73.83 години, като показателят при мъжете остава по-нисък от този при жените - съответно 70.37 и 77.37 години (Фигура 11). През последните петнадесет години се наблюдава тенденция за увеличение на този показател и при двата пола. Въпреки това очакваната продължителност на живота в България е с 6 години по-ниска от тази в Европейския съюз (79.86 години)¹⁴

Фигура 11. Средна продължителност на живота на населението в България по пол през отделни времеви периоди



Източник: НСИ

¹⁴ НСИ, Health For All Data Base, WHO/EURO

2.1.10. Заболеваемост и болестност

Здравната статистика в страната предоставя информация за регистрираните заболявания: заразни, психични, предавани по полов път, туберкулоза, злокачествени новообразувания, както и водещите до временна, трайна неработоспособност и хоспитализации. От 2006 г. не се публикуват данни за регистрираната заболеваемост по обръщаемост поради промяната в първичната регистрационна документация и начина на отчитане пред НЗОК. Отсъствието на такава информация не позволява провеждането на цялостен анализ за нивото, структурата и тенденциите в разпространението на заболяванията.

Заразни болести

Редица *заразни болести* са ликвидирани или сведени до единични случаи. През 2011 г. в България са регистрирани общо 58 259 случая на остри заразни болести (без грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН и полово предавани инфекции), с 10 580 по-малко в сравнение с 2010 г. (68 839 случая) – съответно заболеваемост 791.07‰ и 910.12‰ (приложение - таблица 8). Основна причина за значителната разлика е приключването на морбилната епидемия след 2010 г., когато бяха регистрирани 22 004 случая от морбили.

През 2011 г. се наблюдава намаляване и на броя на регистрираните смъртни случаи (общо 64 случая), смъртността (0.87‰) и леталитета (0.11%) в сравнение с 2010 г. (110 случая, смъртност 1.45‰, леталитет 0.11%). Основна причина за летален изход и през 2011 г. са невроинфекциите (общо 38 починали) – 59.38% от всички смъртни случаи от остри заразни болести са по причина на вирусни и бактериални менингити и менингоенцефалити и менингококова инфекция. По причина на ентероколит и колиентерити (ешерихиози) са починали 12 души (18.75%) и на вирусен хепатит тип В - 9 души (14.06%). През 2011 г. най-висок относителен дял (46.54%) в структурата на инфекциозната заболеваемост заема заболеваемостта от варицела, следвана от тази от ентероколити (30.95%) и вирусен хепатит тип А (9.59%) – (Приложение - таблица 9).

От бактериални менингити и менингоенцефалити през 2011 г. са заболели общо 153 души. За първи път сред заболелите от пневмококов менингит/менингоенцефалит общо 37 лица няма деца на възраст до 1 г., факт свързан с включването на ваксина срещу пневмококови инфекции в Имунизационния календар на страната за децата от тази възрастова група. Подобна е ситуацията и с бактериалния менингит, причинен от хемофилус инфлуенце. През годината са регистрирани само 2 заболели, и то при възрастни хора.

През 2011 г. в България е регистриран и най-ниският брой случаи на остър вирусен хепатит тип В от въвеждането на задължителна регистрация на хепатит В през 1983 г. Заболели са само 344 души (4.67‰), от които 92.15% са родени преди 1992 г. и поради това не са обхванати от имунизационната програма срещу хепатит В. Най-голямо снижение на заболеваемостта от ВХВ се регистрира в детската възраст от 0 до 14 г. (общо 12 заболели) и 15-19 г. (15 заболели), в резултат на високия имунизационен обхват на новородените с ваксина против хепатит В в продължение на 19 години (Приложение – таблица 10).

Данните за националния имунизационен обхват с включените в Имунизационния календар ваксини сочат много добро изпълнение на имунизационната програма през 2011 г. (Приложение – таблица 11).

През 2011 г. приключи епидемията от морбили. Регистрирани бяха 157 заболели (заболеваемост 2.13‰). Независимо от задоволителния имунизационен обхват с ваксина срещу морбили на национално ниво през периода 2005-2011 г. и имунизационните кампании, проведени от МЗ в периода 2009-2010 г. с цел прекъсване

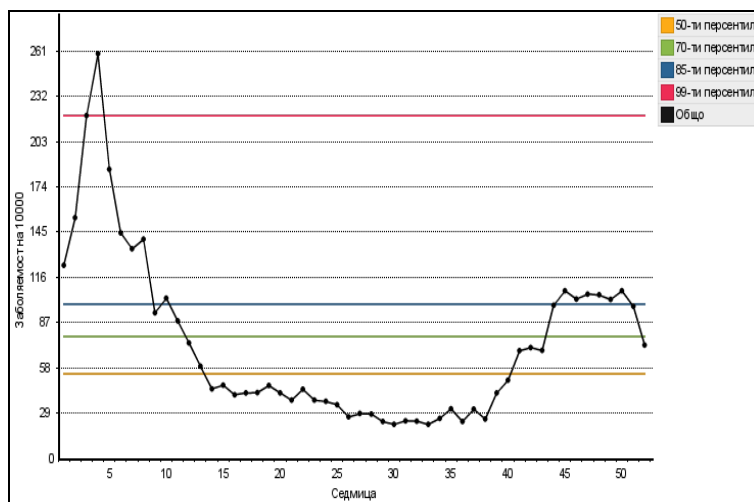
на разпространението на епидемията от морбили, в общностите с концентрирано ромско население имунизационното покритие все още продължава да бъде недостатъчно, доказателство за което са данните за имунизационния статус на заболелите от морбили през 2011 г.- общо 157 души (Приложение – таблица 12).

Анализът на заболяемостта от *грип и остри респираторни заболявания* (ОРЗ) през 2011 г. е направен на основата на данните от Информационната система за сентинелен надзор на грип и ОРЗ и резултатите от лабораторния надзор върху циркулацията на грипните вируси в посочения период. Изследванията в НРЛ „Грип и ОРЗ” доказват, че през 2011 г. водеща етиологична роля е имал пандемичният А (H1N1) 2009 вирус, при значителна успоредна циркулация на грип тип В.

През 2011 г. в сентинелната извадка са участвали 353 лечебни заведения за извънболнична помощ, обслужващи общо 380 758 души, разпределени в следните възрастови групи: 0-4, 5-14, 15-29, 30-64 и над 65 г. В таблица 13 от Приложението, е показан средногодишният брой на наблюдаваното население и заболяемостта от грип и ОРЗ по възрастови групи.

През 2011 г. са регистрирани общо 144 956 заболявания от грип и ОРЗ и заболяемост 3807.04 на 10 000 население. Тези стойности са по-високи от регистрираните през 2010 г., но са близки до отчетените през последните няколко години. Грипната епидемия в страната започна в началото на януари, продължи 7 седмици и беше със сравнително висок интензитет (оценката на интензивността на епидемичния процес е направена на основата на перцентилите) (фигура 12).

Фигура 12. Интензивност на епидемията от грип в България през 2011 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2011 г.

Както през предходните години, така и през 2011 г. заболяемостта от грип и ОРЗ е най-висока при малките деца от 0 до 4 години, следвани от възрастовата група на 5-14 годишните.

През 2011 г. *паразитозите* запазват медико-социалното си значение, поради тенденция към нарастване или задържане на високи стойности на заболяемост, значително превишаваща показателите за другите европейски страни. От общо изследваните 782336 лица, паразитно заболяване е диагностицирано при 12 787 (1.63%)– (Приложения - фигура 1).

Заболеваемостта от ехинококоза продължава да бъде проблем за България и през 2011 г. отново се наблюдава тенденция към нарастване на броя на случаите. Регистрирани са общо 345 лица с ехинококоза, от които 307 са с първично заболяване. Средната заболяемост за България (4.09‰) значително надвишава средната

стойност за страните от ЕС (0.2‰). 17.1% от всички регистрирани случаи са при деца и юноши (0-19 години). Най-висока средна годишна заболеваемост е регистрирана в област Сливен – 19.31‰, Добрич – 10.13‰ и Кърджали – 9.12‰.

През 2011 г. са регистрирани два епидемични взрива от трихинелоза. Месни продукти, опаразитени с трихинелни ларви са консумирали 39 лица, от които 27 са заболели. Източник и при двата взрива е смесено месо от диво и домашно прасе (кайма). Общата заболеваемост през 2011 г. е 0.37‰.

Запазва се тенденцията за намаляване на честотата на геохелминтозите и контактните паразитози, което показва добра и постоянна във времето активност на специалистите паразитолози от РЗИ в проблемните райони. Разпространението на аскаридозата през 2011 г. е 0.10%, на трихоцефалозата – 0.02%, на ентеробиозата – средно 0.7%. С изследвания за ентеробиоза са обхванати 171 058 деца от различни видове детски заведения и при тях е установен екстензитет 1.07%. Разпространението на жиардиазата и хименолепидозата е съответно – 0.04% и 0.03%

За токсоплазмоза са изследвани 10 877 лица, от които 2 626 са с положителен резултат. Средната серопозитивност за страната е 24.14%. Най-висока серопозитивност е регистрирана в областите: Монтана (60.0%), Силистра (52.5%) и Стара Загора (40.2%).

Внасяните паразитози създават определен епидемиологичен и клиничен риск за населението и затова подлежат на постоянен епидемиологичен надзор и протиепидемичен контрол. През 2011 г. са изследвани общо 463 лица и опаразитяване е установено при 23 (4.97%) от тях. За малария са изследвани 385 лица и при 7 пациента е диагностицирана тропическа малария, а при 1 – триденна малария (*P. vivax*). През 2011 г. няма починали от малария. При изследване на 150 лица са диагностицирани и други внасяни паразитози (*B. hominis*, *E. histolytica*, *H. nana*, *G.intestinalis* и *E.vermicularis*). Не са регистрирани автохтонни вторични огнища, а на опаразитените своевременно е проведено лечение.

По отношение на **някои венерически и кожнозаразни болести** спрямо предходната година намалява заболеваемостта от *сифилис* от 5.7‰ (2010 г.) на 4.8‰ (2011 г.) и на *трихофития* (съответно от 34.8‰ на 28‰, докато заболеваемостта от гонорея (2.7‰) и микроспория (30.1‰) нараства.

Най-висока е болестността от сифилис в областите Пловдив - 178.3‰, в Габрово - 81.1‰ и във Велико Търново - 63.3‰, а заболеваемостта в областите: Враца – 16.1‰, Сливен - 15.2‰ и Бургас - 9.9‰.

По данни на Министерството на здравеопазването, за периода 1986-2011 г. в България са регистрирани общо 1 473 лица с **ХИВ инфекция**. Броят на новорегистрираните през 2011 г. е 201 лица, от които 163 (81%) са мъже и 38 (19%) жени. Общият брой на случаите, които са заболели от СПИН е 336, от които 40 с поставена диагноза през 2011 г. Данните показват, че при 33% от случаите със СПИН през 2011 г., диагнозата е поставена при наличие на туберкулоза като опортюнистична инфекция.

Общо 53% от новорегистрираните случаи през 2011 г. са открити в Кабинетите за анонимно и безплатно консултиране и изследване за СПИН и неправителствените организации, които работят сред най-уязвимите групи, показател за тяхната ефективност.

През 2011 г. са регистрирани ХИВ-позитивни лица в много широки възрастови граници от 17 до 80 години, като от няколко години се наблюдава понижаване на долната възрастова граница. Докато 2010 г. повече от половината от новорегистрираните случаи (52%) са сред млади хора на възраст 15-29 г., през 2011 г. повечето случаи (54%) са във възрастовата група 30-49 г.

По път на инфектиране през 2011 г. преобладават две групи във висок риск: 31% от новорегистрираните са лица инжекционно употребяващи наркотици, а 23% са мъже, които са съобщили, че са имали сексуални контакти с мъже. При 44% основният път на предаване е при хетеросексуални контакти и 1% са деца, родени от майки, заразени с ХИВ.

Географското разпределение на регистрираните случаи на ХИВ показва, че по-голямата част от тях са концентрирани предимно в София град и София област (93) и Пловдив (30).

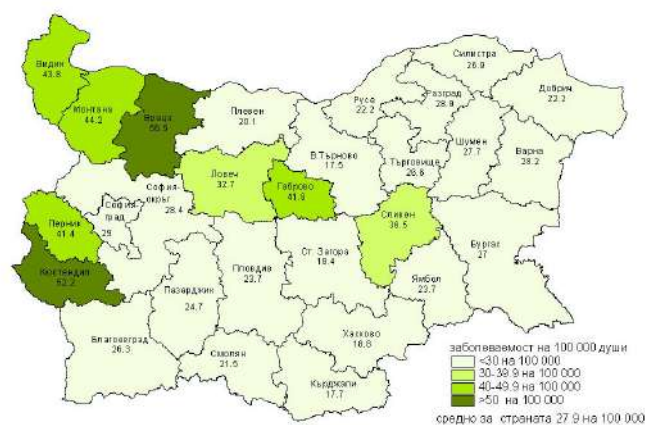
В сравнение със средната честота на новите случаи на ХИВ на 100 000 население в ЕС (5.8), в България тя е над два пъти и половина по-ниска (2.2).

Общо регистрираните заболявания от **активна туберкулоза** на 100 000 население (болестност) намаляват от 90.5‰ през 2010 г. на 74.3‰ през 2011 г., а новооткритите (заболеваемост) - от 30.3‰ през 2010 г. на 27.9‰ през 2011 г. Заболеваемостта остава 2.3 пъти по-висока от средната в ЕС (12.31‰). През 2011 г. регистрираните пациенти мъже са 1 608 или 67%. Разпределението по възраст показва, че най-засегнати са възрастовите групи са 35-44 (402 случая или 17%) и 45-54 (401 или 17%), и над 65 години (447 случая или 19%). При деца от 0-17 г. са регистрирани 227 случаи с туберкулоза.

Запазва се високият относителен дял на пациентите с белодробна туберкулоза - 1 724 (72%) през 2011 г. Относителният дял на новите регистрирани болни (2 052) представлява 87% от всички случаи и 11% намаление в сравнение с 2010 г. Относителният дял на рецидивите (151 случая или 6.2%) се увеличава, а делът на случаите на повторно лечение (204 случая или 8.4%) се запазва. Това доказва необходимостта от изпълнението на специфични дейности за подобряване на прякото наблюдавано лечение в продължителната фаза в амбулаторни условия. За 990 нови болни с белодробна туберкулоза с положителен резултат от микроскопско и/или културелно изследване, регистрирани през 2010 г., успешен изход от лечението е съобщен за 848 или 85.6%.

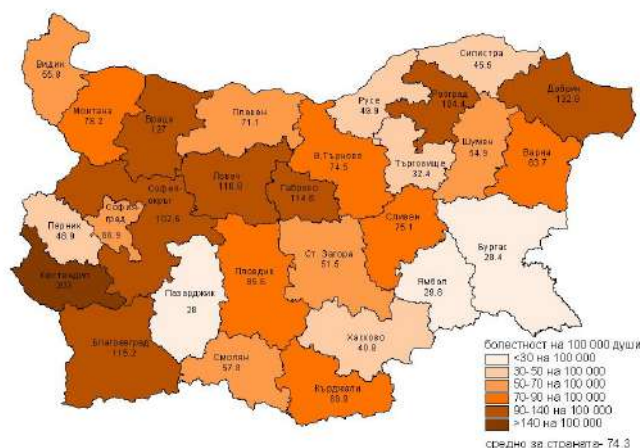
Броят на всички регистрирани случаи на туберкулоза, както и заболеваемостта, варират значително по области, като в някои от тях в Северозападна и Централна България заболеваемостта е над средната за страната (Фигури 13 и 14).

Фигура 13. Заболеваемост от туберкулоза по области, България, 2011 г.



Източник: НЦОЗА

Фигура 14. Болестност от туберкулоза по области, България, 2011 г.



Източник: НЦОЗА

Регистрираните случаи с мултирезистентна туберкулоза (MDR-TB), потвърдени от Националната референтна лаборатория по туберкулоза през 2011 г., са общо 55. От тях нови случаи без предшестващо лечение за туберкулоза – 18 (2% от изследваните) и случаи с предшестващо лечение за туберкулоза - 37 (19.4% от изследваните). В резултат на подобряване на качеството на микробиологичната диагностика на туберкулозата и повишаване на относителният дял на случаите на културелно потвърдената белодробна туберкулоза, на които се предоставя изследване за лекарствена чувствителност, се подобрява откриването на случаите с MDR-TB.

През 2011 г. на 1 698 пациенти с туберкулоза е проведено консултиране и изследване за ХИВ по време на приема им в лечебните заведения, което представлява 71% от общия брой регистрирани случаи на туберкулоза през годината. Открити са 5 ХИВ-позитивни пациенти.

Злокачествени новообразувания

По данни на НЦОЗА, през 2011 г. нараства болестността и заболяемостта от **злокачествени новообразувания** спрямо предходната година. Показателите са съответно – 3602.7‰ и 448.7‰. Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1246.4‰) и рак на женските полови органи (1063.3‰), а на заболяемостта - от рак на храносмилателните органи (104.0‰), рак на млечната жлеза при жените (98.2‰) и рак на женските полови органи (82.1‰). Заболяемостта за страните от ЕС от злокачествени новообразувания е 488.78‰. (Приложение - таблица 14).

Наблюдават се териториални различия в броя на новооткритите регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания на 100 000 население. Най-висока е заболяемостта в областите Ямбол (573.4‰), Хасково (541.1‰) и Русе (531.9‰) и най-ниска - в Кюстендил (326.6‰), София област (353.6‰) и Кърджали (375.1‰).

Хоспитализирана заболяемост

Статистическите данни за *хоспитализираната заболяемост* за периода 2005-2011 г.¹⁵ показват, че броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства от 1 614 313 (20 857.0‰) до 1 961 177 (26 688‰) общо, както и по възрастови групи. Най-голям е броят на хоспитализираните в стационарите на лечебните заведения на 100 000 население сред лицата над 65 годишна възраст (45279.6), следва групата на децата от 0 до 17 години (25079.2) и най-ниска е във възрастовата група 18-64 г. (21768.9) – 2 пъти по-ниска от тази над 65 години.

Сред *причините за хоспитализация по класове болести* водещи са болестите на органите на кръвообращението (14.9%), болестите на дихателната система (11.3%), и болестите на храносмилателната система (9%) които обуславят общо 35.2% от хоспитализациите. (Приложение - таблица 15)

Структурата на хоспитализираните по класове болести се различава съществено по възрастови групи. При лицата 0-17 години водещи са болестите на дихателната система (35.0%). При лицата от 18 до 64 г. водещи са 3 класа болести: фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби (12.4%), бременност, раждане и послеродов период (12.1%) и болести на органите на кръвообращението (11.6%). При лицата на възраст 65 и повече години на първо място в структурата са болестите на органите на кръвообращението (27.0%), следват фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби (14.4%) и болести на храносмилателната система (9.3%), които общо обуславят повече от половината от хоспитализираната заболяемост в тази възрастова група.

2.1.11. Трайно намалена работоспособност / вид и степен на увреждане

По данни от Информационната система за трайна неработоспособност на населението над 16 години на НЦОЗА¹⁶, базирана на ежегодната обработка на експертните решения, издадени от ТЕЛК и НЕЛК, броят на *лицата с първично определена трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане над 16-годишна възраст* през последните години намалява и през 2011 г. достига 64370 души.

Съгласно промяна в Закона за здравето, влязла в сила от началото на 2005 г., трайно намалената работоспособност на лица, навършили 65 години, се определя пожизнено. След 2008 г. в динамика се наблюдава увеличаване на броя на пожизнените лица с трайно намалена работоспособност, който достига през 2011 г. 42 839 лица (23.6% от всички освидетелствани и преосвидетелствани). Най-висок остава броят и делът на лицата със срок на трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане 3 години (67 286, което обуславя 37.1% от лица с трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане). Намаление се отчита при лицата с трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане със срок 1 и 2 години.

В същото време следва да се отчете, че броят на освидетелстваните и преосвидетелствани лица с трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане е значителен – през 2011 г. е 181 518 души, почти по равно разпределени между мъже и жени. Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група 50-59 години (38.3%), следвани от възрастта 60 и повече години (34.9%). (Приложение – таблица 16)

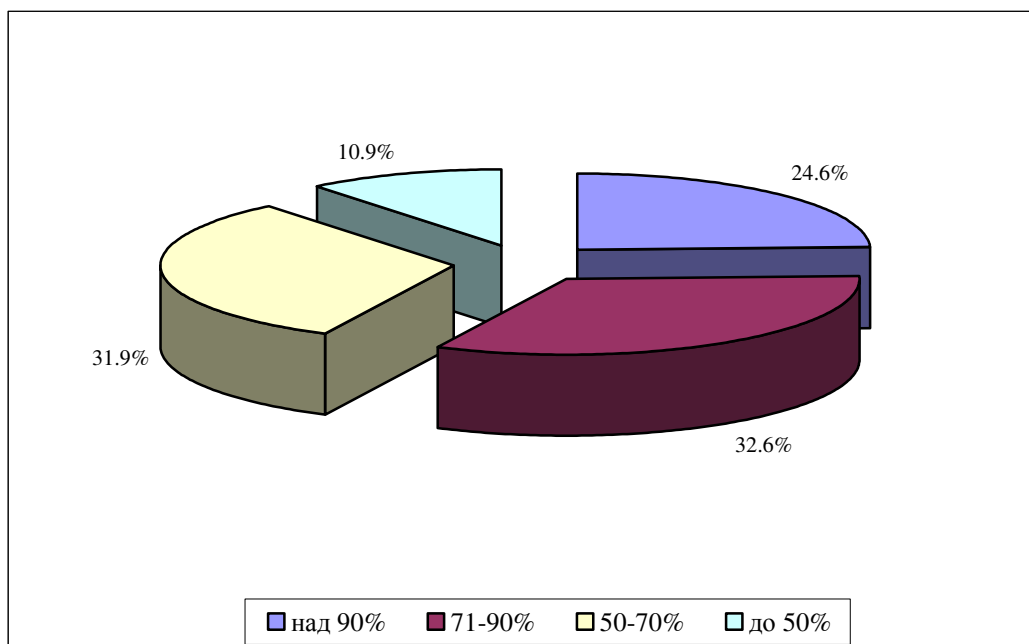
Относителният дял на лицата с трайно намалена работоспособност 71-90% запазва нивото си от предходната година и е най-висок – 32.6% (фигура 15). Следват лицата с 50-70% трайно намалено работоспособност – 31.9% при 32.2% за 2010 г. Всяко четвърто лице с трайно намалена работоспособност над 16 годишна възраст е с

¹⁵ НЦОЗА

¹⁶ НЦОЗА. Инвалидност в Р.България през периода 2001-2010 г., София, 2010

над 90% трайно намалена работоспособност (24.6%) и до 50% са 10.9%. Спрямо 2010 г. е увеличен само броят и делът на лицата с най-тежка степен на трайно намалена работоспособност - над 90% (съответно с 1039 души и 1.7%).

Фигура 15. Структура на лицата с първично определена трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане над 16-годишна възраст по степен за 2011 г.

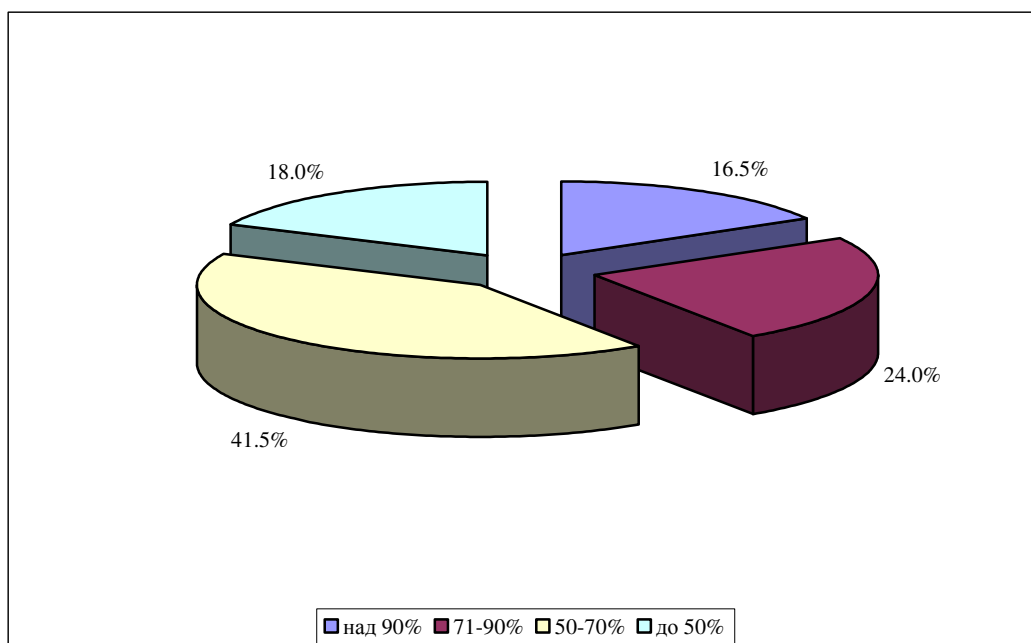


Източник: НЦОЗА

Най-честата причина за трайно намалена работоспособност на лицата над 16 години са болестите на органите на кръвообращението, които обхващат 37.03% от общия брой на случаите на новоинвалидизираните лица. Следват новообразуванията (19.5%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (9.04%), болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и обмяната на веществата (8.1%) и др. Тази структура, с много малки колебания се запазва през последните 10 години.

След 2008 г. се регистрира увеличаване на броя на децата до 16-годишна възраст, признати за лица с вид и степен на увреждане, който през 2011 г. е 4797 деца (при 3 833 за 2010 г.) или 4.6 на 1000 население до 16 години (3.5‰ за 2010 г.). Най-голям е броят и делът на децата със степен на увреждане 50-70% – 1991 (41.5%). Всяко четвърто дете с увреждане е със степен 71-90% увреждане (24%), с най-тежката степен над 90% са 16.5% (фигура 16).

Фигура 16. Структура на децата, първично определени с вид и степен на увреждане до 16-годишна възраст по степен на трайно намалената работоспособност за 2011 г.



Източник: НЦОЗА

Структурата на причините за вида и степента на увреждане при децата е различна от тази при лицата над 16-годишна възраст. Най-честата причина са болестите на дихателната система (5.58%), на нервната система (16.43%), психичните и поведенческите разстройства (15.93%) и вродените аномалии (5.66%) Тази структура се запазва през годините.

2.1.12. Детско здраве

Оценката на здравето състояние на децата и учениците е направена въз основа на данните от моментната болестност (всички регистрирани заболявания при профилактични прегледи), физическо развитие и дееспособност по данни на МЗ (от 28-те РЗИ в страната).

Здравно състояние на децата от 1-7 години

От 224 421 деца, посещаващи детско заведение, с профилактичен преглед са обхванати 206 101, т.е. 91.8%. Регистрирани са общо 19 180 заболявания (Приложение - таблица 17). С отклонения в здравето състояние са 93 деца на 1000 прегледани.

Водещо място в структурата на заболяемостта на децата в тази възрастова група заемат болестите на дихателната система. Най-чести са хроничните заболявания на тонзилите и аденоидните вегетации (14.2‰), следвани от астма – 10.8‰ и пневмонии -10.7‰.

Болшинството деца (над 97%) са с нормално физическо развитие, тъй като по основните показатели за физическо развитие (ръст и телесна маса) са в границите на нормата ($X \pm S$) и разширената норма ($X \pm 2S$) за тази възраст (Приложение – Таблицы 18 и 19). Наблюдава се увеличаване на делът на децата с наднормено тегло и затлъстяване 2.05% при 1.8% за 2010 г.

Анализът на резултатите за физическата дееспособност на децата от 3 до 7 г. показват, че нормите са покрити от 166 705 деца – 86.4% при 86.5% за 2010 г.

На фона на общото намаляване на болестността при децата от 1-7 години, през последните три години се наблюдава повишаване на случаите на заболяванията на дихателната система, особено при децата до 3 годишна възраст. Не се наблюдават съществени различия в структурата на регистрираната болестност при децата от яслената (1-3 г.) и градинската (3-7 г.) възраст.

Здравно състояние на учениците (7-18 г.)

При проведените профилактични прегледи на 544 820 ученика, са регистрирани 49 952 заболявания, т.е. 92 от 1 000 прегледани ученика са с отклонения в здравното състояние (Приложение – Таблица 20). Все още е нисък делът на преминалите на профилактичен преглед, като с всяка поредна година намалява броят на учениците, обхванати с такъв.

Затлъстяването се утвърждава като основен проблем в ученическата възраст. Със затлъстяване са 12 111 (22.2%) от учениците. В сравнение с предходната година е регистрирано нарастване с 2.8%. Болестите на окото – смущения в зрението, нарушения на рефракцията и акомодацията, слепота и намалено зрение се установяват при 8 388 ученика (15.4%), следва бронхиалната астма - 4 435 (8.1%) и заболяванията на костно-мускулната система - гръбначните изкривявания за 2011 г. са 3 337 (6.1%) и запазват нивото си спрямо предходните години.

Проучвания на НЦОЗА установяват широко разпространение на различни нарушения в костно-мускулната система на ученици от I-ви и II-ри клас в столицата. От обхванатите над 1000 ученика над 60% са с плоскостъпие и спаднал свод, което се отразява върху походката и води до неправилно телодържане и гръбначни деформации. Установи се също, че 12.5% от първокласниците са със сколиоза I-ва степен, а 2% - с кифоза. Над 95% от учениците са в норма или в разширената норма по отношение на основните антропометрични показатели. С ръст под 2 стандартни отклонения от нормата, т.е. с много нисък ръст са 11 027 (1.7% от учениците), а с много висок ръст са 15 899 ученика – 2.5%, като не се наблюдават съществени различия по пол. (Приложение – Таблица 21 и 22).

Увеличава се броя на учениците с наднормено тегло и затлъстяване, които са общо 26 301. Делът на учениците със затлъстяване е най-висок при 7-14 годишните момчета.

С тегло под 2 стандартни отклонения от нормата са общо 11866 (1.9%), като често се установява при момчетата, особено в горната училищна възраст (14-18 г.).

От предоставените данни от РЗИ за 659 521 ученици, които участват в часовете по физическо възпитание, 629 141 ученика са покрили нормативите, т.е. 95.4%.

За изминалата 2011/2012 учебна година броят на учениците, напълно освободени от часовете по физическо възпитание, е 12271 ученика, т.е. 1.8% от учениците не играят физическо възпитание, поради здравословни проблеми. В някои училища все още съществуват групи по лечебна физкултура, в които са включени общо 2 076 ученика.

2.1.13. Психично здраве

Броят на психично болните под наблюдение на психиатричните заведения намалява от 2075.2‰ през 2010 г. на 2060.8‰ през 2011 г. и това са предимно лица с умствена изостаналост, шизофрения, афективно разстройство и др. (по данни на НЦОЗА). (Приложение - таблица 23). Реалният брой на психично болните вероятно е по-голям, предвид промените в нормативната уредба, които отмениха задължителния характер на регистриране и наблюдение на психично болните от психиатрични структури.

Проучвания на СЗО показват, че при около 25-30% от първоначалните контакти със здравната мрежа става въпрос за някакво психично страдание. У нас, по данни от епидемиологично проучване на психичната болестност проведено (ЕПИБУЛ)¹⁷ 19.5% от българската популация през даден етап от живота си е преживяла психично разстройство.

Най-разпространеното често психично разстройство е тревожното разстройство (11.4%), като групата на хората на възраст между 50 и 64 години (13.2%) е най-засегната от него. Разстройствата на настроението (6.2%) са на второ място, като най-често се срещат при хората над 65 години (9.1%). Разстройствата дължащи се на употреба на психоактивни вещества – 3.3%, е третата по разпространение група разстройства¹⁸.

Така наречените тежки психични разстройства включват шизофрения, тежка депресия, органични и други видове деменции, както и психични нарушения поради изоставане в развитието. Обединяващ критерий за тази група и основно за шизофренните разстройства са нарушенията на социалните функции на индивида водещи до социална изолация и някаква степен на инвалидизация. Социалното и икономическото значение на тази група разстройства обаче е голямо поради ангажирането на значителен обществен ресурс. 21.6% от дните, загубени в неработоспособност у нас са по причина на психично разстройство¹⁹.

През 2011 г. честотата на самоубийствата на 100 000 население в България е 10,4. Това поставя България сред държавите със средна честота на суицидната смъртност. Честотата на самоубийствата при жени е 4.2‰ и е 4 пъти по-ниска от честотата при мъжете – 16.9‰. Общият брой на опити за самоубийства е 3153²⁰. От тях 24% са били с фатален изход.

2.2. Рискови фактори

2.2.1. Рискови фактори, свързани със социално-икономическата среда

Социално-икономическите, културните условия, условията на околната среда имат съществено въздействие върху индивидуалното здраве и съответно върху индивидуалните рискови фактори.

2.2.1.1. Доходи и разходи

Реалните доходи на домакинствата намаляват през 2011 г. в сравнение с 2010 г. с 0.5%. Най-висок ръст на реалните доходи (с 37.5%) се наблюдава през 2011 г. спрямо 2001 година. По данни на НСИ през 2011 г. средният годишен доход общо на лице от домакинство е 3937 лв., което е с 3.3% повече спрямо 2010 година.

Основната част от този доход (96.1%), е получена под формата на текущи приходи от работна заплата, пенсии, социални помощи, детски надбавки, както и на приходи от предприемачество и продажба на имущество. Останалата част от отчетения общ доход (3.9%) се дължи на доход от заеми, кредити и спестявания.

¹⁷ Световен консорциум за изследвания на психичното здраве, www.hcp.med.harvard.edu/wmh

¹⁸ Околийски М, Зарков З, Брошилов А, Хинков Хр, Наков В, Динолова Р, Димитров П, Томов Т. Национално представително епидемиологично проучване на честите психични разстройства в България (2003-2007): Годишна (12 месечна) и пожизнена болестност, тежест и коморбидност на честите психични разстройства „Българско списание за обществено здраве“ 2010; 2: 2-13

¹⁹ Хр. Хинков, М. Околийски, З. Зарков, В. Наков, Пл. Димитров, Т. Томов. Дни загубени в неработоспособност поради чести психични и соматични разстройства. "Българско списание за обществено здраве". София, Том IV, кн. 1 2012 г.: 40-52

²⁰ Наков, Вл. Брошилов, А. Самоубийствата в България през 2010 г. "Рецептор", кн. I/2012г.: 25-30

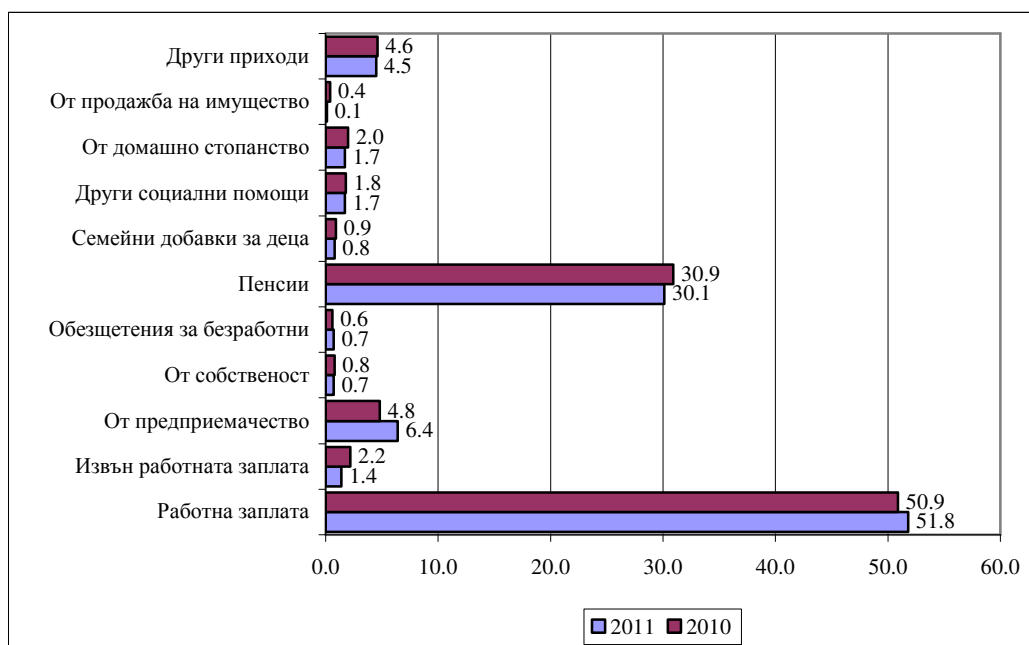
Работната заплата продължава да бъде основен източник на доход на домакинствата. През 2011 г. тя формира 51.8% от общия доход на домакинствата при 50.9% през 2010 г. (Фигура 17)

През 2011 г. се наблюдава понижение на дела на пенсиите като източник на доходи за българските домакинства – индексът намалява с 0.9 спрямо 2010. Относителният дял на доходите от този източник средно на домакинство от 2008 до 2010 г. бележи увеличение с 7.7%.

Социалните трансфери (пенсии, семейни добавки за деца, социални помощи, стипендии и обезщетение при безработица и др.) формират 33.3% от общия годишен доход на лице от домакинство през 2011 г. при 34.2% за 2010 г.

Според структурата на доходите е видно, че населението продължава да разчита предимно на доходи от наеман труд, прослужено време и възраст²¹. (Фигура 17)

Фигура 17. Относителен дял на източниците на доход от общия доход на лице от домакинство

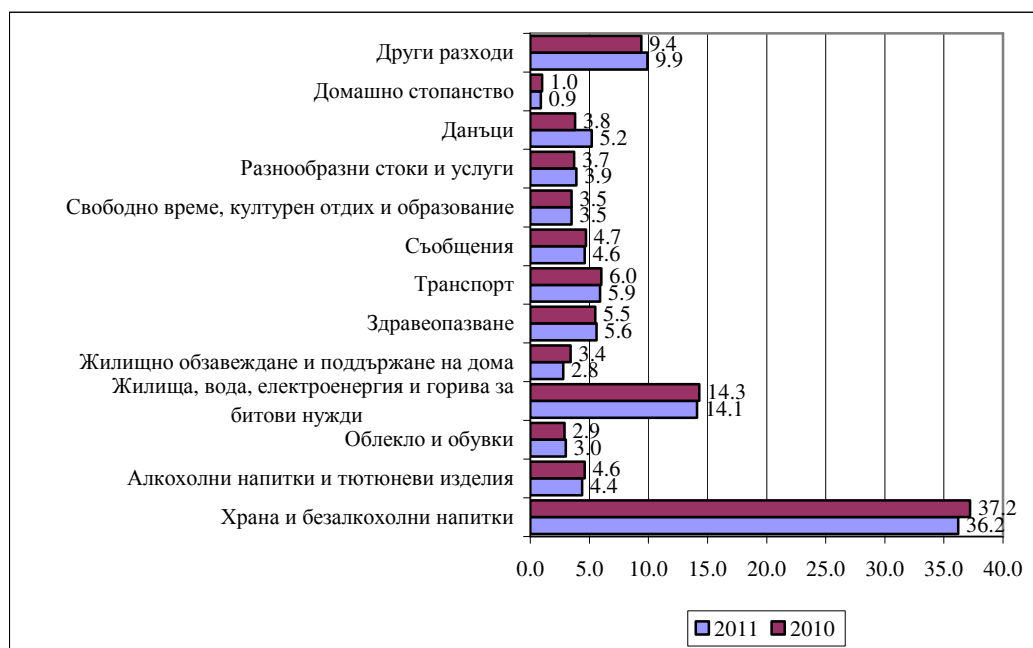


Източник: НСИ

Общият разход на домакинствата през 2011 г. в номинално изражение се увеличава с 6.6% спрямо 2010 г. Относителният дял на потребителския разход от общите разходи на домакинствата през 2011 г. е 84.0% при 85.7% за 2010 г. (Фигура 18).

²¹ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=21>

Фигура 18. Относителен дял на отделните групи разходи от общия разход на домакинствата



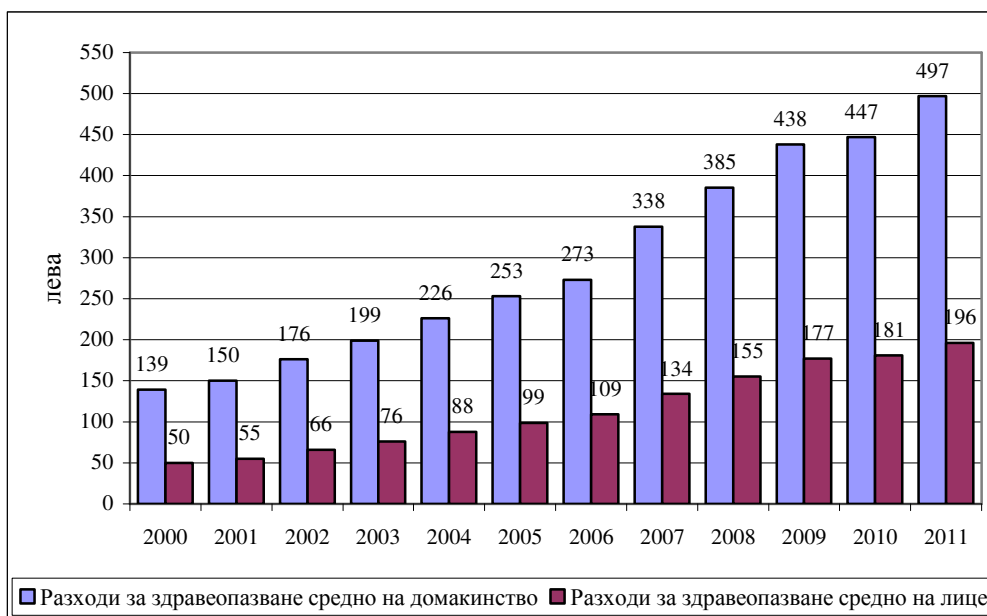
Източник: НСИ

Основната част (85-86%) от разходите традиционно са изразходвани за задоволяване на потребностите, а 5.2% - за плащане на данъци. Продължава да намалява дялът на разходите за храна – от 37.2% през 2010 г. на 36.2% за 2011 г. Въпреки това, той се запазва относително висок в сравнение с повечето европейски страни.

Разходите, свързани с образованието, свободното време и отдиха запазват приблизително едно и също ниво през последните 10 години – между 3.5 и 3.7% от всички разходи. През 2011 г. домакинствата увеличават разходите за жилища, вода, електроенергия и горива с 4.9% спрямо 2010 г. Относителният дял на разходите за жилищно обзавеждане остава в границите на 3-4%, докато увеличение се наблюдава и при разходите за транспорт (с 4.1%) и съобщения (с 5.9%).

Разходите за здравеопазване бележат постоянен ръст в структурата на разходите на домакинствата и гражданите. Така през 2000 г. домакинствата са разходвали 3.6% за здравеопазване, през 2010 - 5.5% (Фигура 19), докато през 2011 г. са достигнали 5.8%. Средният разход за здравеопазване за едно българско домакинство през 2011 г. е 497 лв., докато средният разход на едно лице е 196 лв.

Фигура 19. Среден разход на домакинствата и на едно лице за здравеопазване за периода 2000 - 2011 г.



Източник: НСИ

Според доклад на Световната банка в България е най-висок делът на плащанията със собствени средства като процент от общите разходи за здравеопазване. Този факт, както и изключително ниските доходи на населението поставят сериозни проблеми пред достъпа на гражданите до здравни услуги. Един от основните проблеми на здравната ни система през последните няколко години е свързан с нерегламентираните плащания, които не само нарушават основните принципи и ценности на съвременното българско общество, но и увеличават социалното бреме за населението.

2.2.1.2. Бедност

Правителството е определило 211 лв. за линията на бедност (2009 г.). Този праг на бедност се запазва и през 2011 г.

България е сред държавите-членки на ЕС, в които рискът от бедност за населението е над средното равнище за ЕС. Равнището на бедност в България е 21.8% или бедни са били около 1 657 000 лица. Основният риск за изпадане в бедност на преобладаващата част от домакинствата в България се определя от тяхната икономическа активност и участието на пазара на труда. По възрастови групи рискът от бедност е най-висок за децата до 18-годишна възраст и за населението в над трудоспособна възраст. Според икономическия статус, рискът от бедност е най-голям за безработните (52.2%), пенсионерите (36.5%) и останалите икономически неактивни лица (24%). Работещи бедни са 7.4% от заетите, което неминуемо се отразява на равнището на бедност сред децата.

Според последните изследвания на ЕК рискът от бедност в България е най-висок.

2.2.1.3. Безработица

През 2011 г. световната криза продължава да се отразява негативно на пазара на труда в страната. През 2011 г. продължава започналата през 2009 г. тенденция на намаление на работната сила и нарастване на лицата извън работната сила на възраст от 15 до 64 г.

През 2011 г. заетостта е намаляла с 8% за две години, което налага преориентиране на политиките на пазара на труда, особено по отношение на младежката безработица.

Поради неблагоприятната демографска тенденция, в сравнение с предходната 2010 г. коефициентът на икономическа активност през 2011 г. е намалял с 0.5 пункта.

Общият брой на заетите лица през 2011 г. достига 2949.6, или с 3.4% по-малко в сравнение с 2010 г. От общия брой на заетите лица 1 529.8 хил. са мъже и 1 425.5 хил. – жени, като за една година броят на заетите мъже намалява с 3.2%, а на заетите жени – с 1.2%.

Самостоятелно заетите лица (вкл. работодатели и неплатени семейни работници) намаляват с 38.7 хил. (10.2%), а наетите – с 29.8 хил. (1.1%). От всички наети лица 1 895.1 хил. (72.5%) работят в частния сектор, а 717.8 хил. (27.5%) – в обществения. Жените преобладават в обществения сектор – те са 58.5% от наетите в него, докато в частния сектор преобладават мъжете (53.9% от наетите в сектора).

Коефициентът на заетост (относителен дял на заетите лица от населението в същата възрастова група) за населението на 15-64 навършени години е 58.5%, или с 1.2 процентни пункта по-нисък в сравнение с 2010 г., съответно за четвърто тримесечие на 2011 г. – 60.6% за мъжете и 56.8% за жените. Коефициентът за заетост за населението на възраст 20-64 навършени години (показател, включен в стратегия „Европа 2020“) намалява с 0.6 процентни пункта и достига 64.1% – съответно 66.1% за мъжете и 62.0% за жените.

Броят на безработните лица е 372.3 хиляди, като в сравнение с 2010 г. се е увеличил с 1.0 процентен пункт и достига 11.2. Лицата с трайна безработица или продължително безработни от една и повече години са 209.4 хиляди или 56.2% от всички безработни.

Броят на обезкуражените лица (лицата извън работната сила, които желаят да работят, но не търсят активно работа, защото не вярват, че ще намерят) на възраст 15-64 навършени години през 2011 г. е 237 хиляди или с 5.5% повече в сравнение с 2010 г.

Поради неблагоприятните условия на пазара на труда, коефициентът на младежката безработица е висок и за 2010 г. достига 23.2%, а през 2011 г. безработните младежи (15–24 навършени години) са 72.9 хил., коефициентът на младежка безработица достига 28.9% – съответно 29.8% при мъжете и 27.5% при жените. Безработните младежи до 29 г., регистрирани в бюрата по труда, се увеличават, което до голяма степен се дължи на влиянието на икономическата криза.

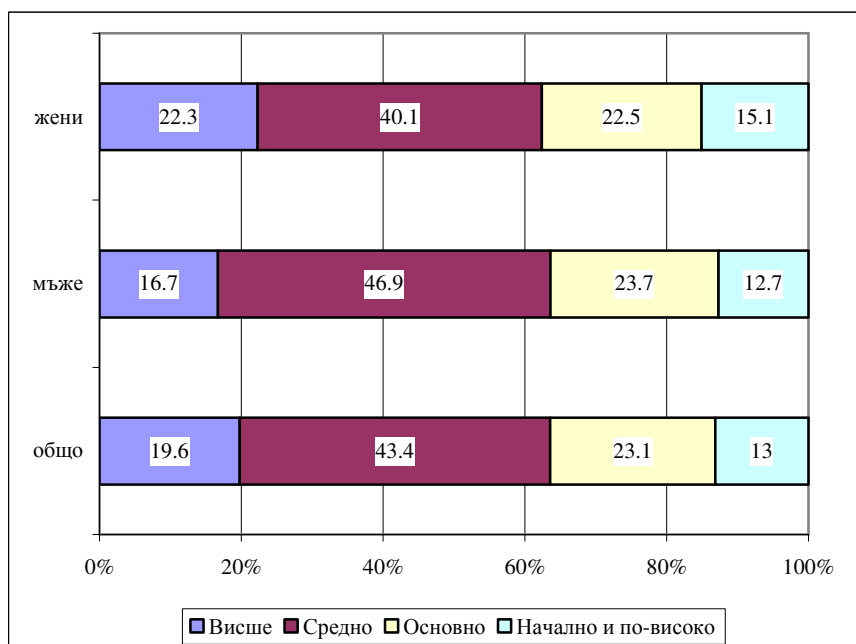
Икономическата криза се отразява върху заетостта в групите от най-образованите безработни лица, поради което проследяването на тяхната динамика през последните три години и половина е от особен интерес.

Наблюдаваните през последните години значителни териториални различия в равнището на безработица се запазват, като през 2011 г. се отчита нарастване на разликата между максималното (за област Търговище) и минималното (за област София град) равнище на безработица. Тя е 17.28 процентни пункта през 2011 г. и за втора поредна година нараства (през 2010 г. е 13.99 процентни пункта - между стойностите на равнището на безработица за областите Смолян и София- град).

2.2.1.4. Образование

Общият размер на разходите за образование за 2011 г. е 2 654.3 млн. лв. или 3.5% от БВП.

Фигура 20. Население по степен на завършено образование



Източник: НСИ

2.2.2. Рискови фактори, свързани с околната среда

2.2.2.1. Атмосферен въздух

През 2011 г. на територията на 12 (спрямо 14 за 2010 г.) населени места РЗИ поддържат функционирането на 20 (спрямо 23 за 2010 г.) стационарни пункта за мониторинг, в които качеството на атмосферния въздух се контролира по показателите: общ суспендиран прах, фини прахови частици, аерозоли на тежки метали, серен диоксид, сероводород, азотен диоксид, фенол и други²². От извършените над 50 000 лабораторни анализа, пробите с отклонения, превишаващи регламентираните съгласно нормативните документи допустими концентрации за всеки конкретен атмосферен замърсител, са съответно: 882 или 7.74% за праховите аерозоли (7.93% за 2010 г.) и 225 или 0.47% (1.79% за 2010 г.) за газообразните замърсители.

2.2.2.2. Питейни води

Мониторингът на питейните води в България се осъществява по химически, микробиологични, радиологични и органолептични показатели. По данни на МЗ² през 2011 г. в РЗИ се е осъществявал мониторинг в 8652 пункта в цялата страна. В експлоатация са били общо 6357 водоизточници от които 6109 подземни (96.1%) и 248 повърхностни (3.9%). Само за 112 от повърхностните водоизточници (45.1%) през годината е прилагано нормативно заложеното необходимо пречистване на водата³

През годината в РЗИ са извършени общо 369034 анализа на 19484 проби води, като 79.46% (293263 броя анализи) са по ДЗК, а 20.54% (75771 анализа) - по искане на физически и юридически лица.

С оглед на оценката на потенциалната епидемиологична опасност от питейната вода най-голямо значение имат микробиологичните показатели. През 2011 г. по ДЗК от РЗИ са извършени 46020 броя анализи по микробиологични показатели като установеното средно за страната несъответствие е 2.87%, което е значително подобрение в сравнение с 2010г., когато несъответствието е почти двойно по-голямо – 4.41%. Тези данни показват, че продължава тенденцията от последните години за намаляване на несъответствията по микробиологични показатели като цяло за страната. През 2011 г. нестандартност по микробиологични показатели с повече от 5% (приемлив праг за нестандартност) от годишния брой изследвани проби е регистрирана само в пет области на страната. Независимо от регистрираната нестандартност по микробиологични показатели през 2011 г. не са регистрирани епидемични взривове от воден произход. За сравнение през последните 4 години над 5% нестандартност по микробиологични показатели (между 5 и 13.58%) са били регистрирани ежегодно в 10 области на страната.

По данни на проведено от НЦОЗА през 2011 г. проучване на 24 водоизточници за питейно-битови води в цялата страна, които са в риск от замърсяване с устойчиви в околната среда форми на патогенни микропаразити са доказани ооцисти на криптоспоридиум в 14 проби (58%) от изследваните суспектни водоизточници. В около 60% от повторно изследваните пунктове резултатите потвърждават данните, получени през периода 2008-2009 г. когато ооцисти са установени във водите на 41.51 % (22 от 53) от изследваните водоизточници. Констатираното замърсяване засяга предимно повърхностни природни води, с динамика повлияна от валежите.

По отношение на здравно значимите показатели най-често се установяват наднормени стойности за нитрати, флуориди, хром и арсен. По индикаторните

²² МЗ, Информация за дейността на РЗИ относно КАВ през 2011г.

показатели наднормени стойности са регистрирани за манган и желязо, нерядко присъстващи съвместно във водите.

Най-често срещаната нестандартност е по показател нитрати. Наднормени стойности са установени в голям брой зони на водоснабдяване в 23 области на страната, като най-силно засегнати са областите Хасково, Търговище и Стара Загора. В преобладаващия брой от случаите се касае за сравнително невисоки стойности (между 50 и 100 мг/л) т.е. до 2 пъти над нормата (50 мг/л). Само в около 10% от случаите концентрацията на нитрати е повече от 100 мг/л. През 2011 г. проблем с нестандартни стойности на нитрати в питейните води не е съществувал само в 5 области – София, Видин, Перник, Кърджали и Смолян. По проучвания на НЦОЗА е налице бавно понижение на броя на експонираното на нитрати население през последните десетилетия. Понастоящем общия брой на експонирано население е малко повече от 200000 души (по-малко от 3 % от населението).

В отделни райони на страната съществуват отклонения в състава на водата по показателите хром, флуор и арсен. Тенденцията е към намаление на броя на експонираното население и на броя на населените места водоснабдявани с нестандартна питейна вода по тези показатели. Относителният дял на експонираното население е под 0.5%, а регистрираните наднормени стойности са до 2 пъти над нормата.

Наднормени концентрации на хром в питейните води са регистрирани в не големи села в две области на Северна България – Монтана и Плевен.

По данни от мониторинга през 2011 г. продължават да се експлоатират малки водоснабдителни системи с наднормени концентрации на флуориди в областите Благоевград, Хасково, Бургас и Ямбол, като броят на експонираното население е няколко хиляди души.

През 2011 г. са регистрирани минимални отклонения в концентрациите на арсен в три зони на водоснабдяване за малки населени места в Хасковска област. Касае се за подземни водоизточници с естествено по-високо съдържание на арсен в подземните води.

По отношение на индикаторните показатели най-често отклонения от нормите се регистрират по манган и желязо, които често присъстват съвместно в подземните води.

2.2.2.3. Почви и отпадъци

За 2011 г. няма данни за дифузни замърсявания на почвата с тежки метали. Като цяло почвите в страната са били в добро екологично състояние, непровокиращи риск за здравето при ползване на обработваеми площи според тяхното предназначение, и в нормите по отношение на замърсяване с тежки метали и устойчиви органични съединения.

Проучванията в НЦОЗА доказват наднормено съдържание на микроорганизми в над 70% от изследваните утайки от пречиствателните станции, а общият дял на утайките безопасни за употреба в земеделието по отношение на всички нормирани показатели (тежки метали, устойчиви органични замърсители и микробиологични показатели) е под 40%.

2.2.2.4. Води за къпане

През 2011 г. са мониторираны качествата на водите на 93 зони за къпане, като от тях 89 са по Черноморското крайбрежие и само 4 са разположени във вътрешността на

страната. По данни от мониторинга от общо 89 пункта от крайбрежни морски води през 2011 г. в 86 от тях (96.63%) качеството на водите се класифицира като добро. Само в 3 пункта от крайбрежните морски води качеството на водата по микробиологични показатели през сезон 2011 г. не отговарят на изискванията за добро качество. В половината от зоните – 50.6% (45 от общо 89) водите се класифицират по микробиологични показатели като такива с отлично качество. От всички 93 зони за къпане в страната, качеството на водата при 46 от тях (49.5%) се класифицира като отлично, а при 90 от зоните е (96.8%) - като добро. В нито един случай през 2011 г. не се е налагало затваряне на зона за къпане поради влошаване на качеството на водата.

Като причина за влошаване на качеството на водите за къпане по Черноморското крайбрежие се считат недостатъчния брой на пречиствателни станции за битови отпадъчни води, както и наличие на нерегламентирани зауствания на непречистени битови отпадъчни води в близост до зоните за къпане.

2.2.2.5. Шум

През 2011 г. от МЗ (РЗИ) са проведени измервания в общо 727 пункта (Приложение - таблица 24). Данните отразяват шумовите нива в 36 града на страната. В тях се включват всички областни градове, както и още девет общински центрове (Приложение – фигура 2). Най-силно влияние върху акустичната обстановка оказва транспортният шум – 80-85% от общото шумово натоварване в градовете.

Извършените измервания показват, че регламентиранияте допустими шумови нива са превишени в 522 от контролните пунктове в страната, което представлява 72% от общия брой контролирани зони, т.е. относителния дял на пунктовете с превишени нива се повишава в сравнение с 2010 г. (69% от общия брой).

Анализът на данните показва, че в контролните измервания преобладават нива на шума в диапазон 63-67 dB(A), следвани от нивата в рамките на 68-72 dB(A)- (Приложение – таблица 25 и фигура 3). Случаите на установени най-ниски шумови нива – под 58 dB(A) са се увеличили с 0.22%, в сравнение с 2010 г. Положителен факт е отсъствието на високите стойности на шумови нива от диапазона 78-82 dB(A) през 2011 г. В диапазона 73-77 dB(A) се наблюдава много слабо понижение с 0.72% от контролните пунктове в сравнение с 2010 г. За този диапазон са констатирани по-ниски нива в градовете Стара Загора, Казанлък, Хасково. В диапазона с едни от най-неблагоприятните шумови нива 68-72 dB(A) процентното съотношение (24.07%) намалява слабо през 2011 г. в сравнение с предходните години, но остава все още високо.

Градовете София, Пловдив и Варна са водещи по рискова шумова експозиция.

През 2011 г. се забелязва влошаване на акустичната обстановка най-вече в зони, подлежащи на усилен шумова защита, прилежащи към детските, здравните и учебните заведения, жилищата и местата за отдих и рекреация.

2.2.2.6. Безопасност на храните

При общ брой обекти за производство и търговия в страната - 128 087, подлежащи на контрол от РЗИ, са извършени 19 470 проверки и са предприети общо 1948 административно наказателни мерки. През 2011 г. установените несъответствия в обектите за производство и търговия с храни от неживотински произход не са създали непосредствен и сериозен риск за здравето на потребителите.

С лабораторен контрол са обхванати общо 128 броя проби храни българско и вносно производство, проведени са 251 броя химични изследвания по показатели за безопасност. Отклонения от нормите са установени в 8 проби.

Извършен е микробиологичен контрол на общо 258 проби с 509 броя изследвания по микробиологични показатели, при което е отчетено отклонение при 3 проби.

За контрол на храни, внос от трети страни, са взети проби за лабораторен анализ от 576 пратки.

Във връзка със Система за бързо съобщаване за опасни храни на пазара (RASFF) за периода са изготвени и представени на Европейската комисия (ЕК) 26 изходящи нотификации. Всички нотификации са обработени и подадени в срок и необходимата обратна информация е изпратена на ЕК.

2.2.2.7. Генетично модифицирани организми в храни

Не са установени положителни проби на разрешени ГМО в храни над нормата от 0.9 %, която налага етикетиране и действия от страна на компетентните органи (МЗ, МЗХ) в съответствие със Закона за храните и подзаконовите нормативни актове. В България не е регистриран нерегламентиран внос на ориз и оризови продукти с произход от Китай, за които да се предприемат уведомителни действия посредством Система за бързо известяване за храни и фуражи (RASFF).

2.2.2.8. Нейонизиращи лъчения

Извършените измервания от НЦОЗА през 2011 г. обхващат следното: 273 броя базови станции за мобилна комуникация; 5 подстанции за високо напрежение, трафопостове и електропроводи; 10 слънцезащитни кремове и продукти; измерване на ЕМП от други източници, включително по молба на граждани – 34 бр.

Експертните оценки на източници на нейонизиращи лъчения, извършени от НЦОЗА, възлизат на 1421 базови станции, 9 радио и ТВ станции, 33 по инвестиционни проекти (вкл. част електро, технология и др.).

2.2.2.9. Йонизиращи лъчения

Годишната ефективна доза от естествената радиоактивност съответства на 2,33 mSv/a и е близка до средната стойност за света от 2,42 mSv/a. Въпреки аварията в АЕЦ Фукушима, Япония, през 2011 г. не са отчетени отклонения.

При *предварителния контрол* не са констатирани отклонения по време на строителство на обекти с ИЙЛ. Изготвени са 266 броя санитарни заключения по документация на обекти за издаване на лицензия за използване на ИЙЛ за медицински цели (служебно съгласуване с АЯР).

Разпределението на обектите по области, степен на сложност и извършените проверки по линия на *системния здравно-радиационен контрол* са представени на таблица 26 в Приложението.

По линия на *мониторинга на радиационните параметри на жизнената среда* от НЦРРЗ са извършени изследвания на 635 проби - хранителни продукти, питейни, повърхностни и минерални води, почви, дънни утайки, растителност, атмосферни отлагания, атмосферен въздух, строителни материали и други обекти; направени са 1112 радиохимични, 431 гама-спектрометрични анализи и 1135 радиометрични определяния. Чрез радиохимични анализи е определяно съдържанието на цезий-137, стронций-90, радий-226, радон-222, уран-естествен, обща бета и обща алфа активност в различни среди, а чрез гамаспектрометричен анализ - съдържанието на гама излъчващи нуклиди.

По изследваните радиологични показатели водните проби, хранителните продукти и пробите от околна среда не са констатирани отклонения от характерните за съответните райони стойности.

В рамките на **контрола на обекти от ядрената промишленост с национално значение** е извършен контрол на радиационните фактори на работната среда в „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД и СП „РАО - Козлодуй“ - не са установени отклонения от нормативните граници (ОНРЗ 2004).

ДЗК следи за възстановяването на околната среда в бившите обекти на уранодобивната и уранопереработвателната промишленост и за намаляване на надфоновото облъчване на населението. Общият брой на обектите е 78. През 2011г. са проверени 100% от обектите с висок радиационен риск, 50% от обектите със среден и 58% от обектите с нисък риск. Проведени са общо 540 измервания на 103 проби вода, 44 проби почва/дънни утайки/ материал и 8 проби растителност/ храни.

Във връзка **със защитата на населението при аварийни ситуации с ИЙЛ** и конкретно с аварията в АЕЦ Фукушима, Япония и вероятността за разпространение на радиоактивния облак на територията на България, са предприети мерки за оценка наличието на техногенни радионуклиди, предимно цезий-137 и йод-131. През целия период на контрол активността на проследяваните изотопи е в много-ниски концентрации, които не представляват опасност за човешкото здраве.

През 2011 г. продължи проучването на **концентрацията на радон** в сгради в **райони с повишен радонов риск** чрез дългосрочни (6 месечни) измервания. Отчетени са детекторите, поставени в произволно избрани къщи на доброволци, в с. Бачково, община Асеновград. В 47% от къщите са констатирани нива на концентрацията на радон над препоръчителните нива в ОНРЗ-2004 (приложение – фигура 4).

Национално проучване в нуклеарната медицина, показва, че най-много са радионуклидните диагностични изследвания на костната система (51.1%); на второ място (18%) са изследванията на щитовидната жлеза .

Проучване на **компютър-томографските изследвания на деца** с цел анализ на практиката в компютърната томография при изследвания на деца, представя възможностите за оптимизирането им и намаляване на лъчевото натоварване. Фигура 5 от приложението представя компютър-томографския индекс (CTDI) за четири възрастови групи: <1 г., 1-5 г, 5-10 г. и 10-15 г. Значими вариации са установени между средните стойности на дозата за различните уредби при КТ на глава в една и съща възрастова група, най-големи (над 3 пъти) - в групата деца под 1 г.

В НЦРРЗ се провежда здравен мониторинг на лицата, работещи в среда на йонизиращи лъчения и се поддържа регистър на диспансерно наблюдаваните лица, на лицата участвали в радиационни инциденти, на трайно и временно противопоказаните за работа, както и на лъчевоувредени пациенти. През 2011 г. са обслужени 5435 лица. Общият брой на профилактичните прегледи е 21 962, от които 14340 са редовни, а вторичните прегледи са 546. Ново постъпилите пациенти са 1154. Издадени са 5077 експертни заключения за пригодност за работа в среда на йонизиращи лъчения за София-град и Софийска област. Посетени са 31 звена, в които се работи с източници на йонизиращи лъчения, за запознаване с условията на труд, по въпроси на трудоустрояването, производствени характеристики и осигуряване на контингента за явяване на прегледи.

Издадени са общо 5144 броя документи и експертни заключения за пригодност за работа в среда на йонизиращи лъчения. Консултирани са 48 лица от страната, работещи в среда на йонизиращи лъчения. На отчет се водят 13 лица с професионални лъчеви увреждания, регистрирани през минали години.

2.2.2.10. Рискови фактори, свързани с трудовата среда

През 2011 г. са регистрирани общо 2 752 трудови злополуки (ТЗ), от които 86 са със смъртен изход, а 20 – с изход трайно намалено работоспособност/вид и степен на увреждане. Загубените календарни дни са 154006²³.

Разпределението на ТЗ (общ брой), смъртни и с изход инвалидизация по икономически дейности показва, че през 2011 г. най-висок брой ТЗ са регистрирани в отрасъл търговия на едро - 167, следват хуманно здравеопазване - 145 и държавно управление - 144. Най-висок брой ТЗ със смъртен изход са регистрирани в търговия на едро - 14, следвани от сухопътен транспорт - 8 и от равен брой (по 7) в строителство на съоръжения и производство на метални изделия.

Общият брой на регистрираните ТЗ по Териториалните подразделения (ТП) на НОИ е най-висок в София-град (829), Варна (273) и Пловдив (262). Най-висок брой ТЗ със смъртен изход са регистрирани в София-град (16), Стара Загора (12) и Пловдив(9). Висок е дялът на ТЗ със смъртен изход спрямо общия брой ТЗ в Пазарджик –12.9% (4 от 31), Монтана – 9.5 % (2 от 21), Ст.Загора – 6.4 % (12 от 186).

През 2011 г. се наблюдава понижение както на общия брой ТЗ (с 9%), така и на ТЗ със смъртен изход (с 8.5%) в сравнение с 2010 г.

Към 17.08.2012 г. общият брой на регистрираните служби по трудова медицина е 500. В страната, обаче, има недостиг на специалисти по трудова медицина (у нас те са около 212, докато напр. във Финландия са 2 349, а една трета от общия брой специалисти у нас са обучавани след въвеждането на хармонизираната с европейските изисквания Програма за СДО по трудова медицина). Един специалист по трудова медицина е регистрирал повече от една СТМ. Осигурените лица през 2011 г. (по данни на НОИ) са 2 667 419, съответно един лекар със специалност трудова медицина се очаква да обслужва средно по 12 582 лица.

2.2.3. Рискови фактори, свързани с начина на живот

2.2.3.1. Тютюнопушене

В Европа тютюнопушенето формира 12.2% от глобалното бреме на болестите (3%-28.8% в отделните страни) и е причина за 2.3-21% от всички смъртни случаи. В България кореспондиращите данни са съответно 13.5% от всички болести и 12.4% от смъртните случаи²⁴.

По последни данни на Eurobarometer, през 2011 г. като пушачи се самоопределят 36%. Никога не са пушили 48%, а относителният дял на отказали цигарите пушачи е 16%. България остава на второ място след Гърция (40%) по брой на пушачите в ЕС²⁵.

По данни на „Галъп Интернешънъл“²⁶ значително по-висок е относителният дял на пушачите сред:

- мъжете – 46% пушачи;
- 18-25 годишните – 46%;
- 26-40 годишните – 55%;
- жители на малки градове – 45%;
- българи със среден (46%) и над средния доход (49%).

²³ Информационна система за трудовите злополуки на Националния осигурителен институт, www.noi.bg

²⁴ The European Health Report 2005. Public health action for healthier children and populations. World Health Organization, 2005.

²⁵ Special Eurobarometer 385. "Attitudes of Europeans towards Tobacco". Wave EB77.1 – TNS Opinion & Social. EC, Brussels, Belgium. 2012. pp. 167

²⁶ ББСС „Галъп Интернешънъл“, Обществени нагласи към регулацията на тютюнопушенето., Национално представително проучване, ноември 2011.

Резултатите на НСИ сочат значимо намаление на потреблението на цигари средно на лице от домакинството на страната за периода 1999-2011 г.²⁷ (Приложение – таблица 27)

В Европейския училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици (ESPAD) са обхванати въпроси, свързани с тютюнопушене, консумация на алкохол, злоупотреба с алкохол и употреба на наркотици. Данните от проучването, проведено през 2011 г., сочат, че в 30 страни, участващи в проекта, между 26 и 78% от учениците са пушили цигари поне веднъж в живота си, като в България това са 66% от младежите, 62% от момчетата и 71% от момичета. В страните, участвали във всичките пет изследвания се наблюдава намаление със 7% на този индикатор между 1999 и 2007 г., като ситуацията остава същата между 2007 и 2011 г. Това намаление важи и за нашата страна²⁸.

2.2.3.2. Употреба на алкохол

Рисковата и вредната консумация на алкохол обуславя 9.2% от общото бреме на болестите в развитите страни и е отговорна за 3.8% от общата смъртност и 4.6% от общата заболяемост в света²⁹.

Данните на НСИ показват значимо нарастване на консумацията на алкохолни напитки средно на лице от домакинството в страната за периода 1999-2011 г.³⁰ основно поради покачването през годините на употребата на бира с около 5 л и незначителният спад на консумацията на традиционните за България вино и ракии.

През 2011 г. е нараснал и средният разход на домакинство за алкохолни напитки и тютюневи изделия до 380 лв. на година. Потреблението на тези продукти заемат 6 място след храните и безалкохолните напитки, консумативите (жилище, вода, електроенергия, горива за битови нужди), транспорт, здравеопазване и съобщения²⁵ (Приложение – таблица 28)

По отношение на подрастващите „Европейски училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици” (ESPAD), провеждан съвместно от Националния център по обществено здраве и анализи и Национален център по наркомании, показва, че сред 16 годишните, употребата на поне едно питие през последните 30 дни е при 57% през 1999 г., 65% през 2003 г., 66% през 2007 г. и 65.2% през 2011 г. Резултатите показват, че през 2007 г. 21% от учениците (25% момчета и 18% момичета) са се напивали поне веднъж през последните 30 дни, като през 2011 г. тези стойности са съответно 20.4% (23.6% и 18.1%)³¹

2.2.3.3. Физическа активност

Над половината от европейците са с недостатъчна физическата активност. С най-висок дял сред страните в Европейския съюз е България (82.0%), следвана от Гърция, Унгария, Румъния, Италия, Полша и Латвия. Никога не са се занимавали със спортна дейност 58.0% от българите, регулярно я практикуват (5 и повече пъти седмично) едва 3% от тях³².

През последните десетилетия тенденцията в нивото на физическата активност на населението в България е неблагоприятна по отношение на всички възрастови

²⁷ <http://www.nsi.bg/index.php>

²⁸ ESPAD. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. CAN, EMCDDA, Pampidou Group. 2012.

²⁹ The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.

³⁰ <http://www.nsi.bg/index.php>

³¹ ESPAD. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. CAN, EMCDDA, Pampidou Group. 2012.

³² Eurobarometer 72.3. Sport and Physical Activity. Special Eurobarometer 334 / Wave 72.3 – TNS Opinion & Social. Brussels. 2010.

групи^{33,34,35,36}. Изследване, проведено в над 100 държави в света за нивото на физическа активност на населението, показва, че България заема 76-то място - 26.8% (съответно 24.7% за мъжете и 28.8% за жените)³⁷.

Особено сериозен е проблемът с ниската физическа активност при децата в ученическа възраст. Национално представително проучване при ученици на възраст 6-19 г. през 2010-2011 г. показва, че с препоръчаната физическа активност от минимум 60 минути на ден са само 24% от изследваните деца, а 35% от децата са физически активни по-малко от два дни в седмицата³⁸.

Проучване на Института за социални изследвания и маркетинг посочват като причини за ниската физическа активност на населението у нас: недостатъчното свободно време (50%); невъзможността за допълнителни финансови разходи (14%); липсата на близко/удобно място за спорт до дома/работното място (12%). Според Eurobarometer (EBS)³⁹, основна причина за ниското ниво на физическата активност е липсата на достатъчно възможности за спорт и физическа активност (46%). Установява се, че само 4% от българите са членове на спортни клубове, 3% на клубове за фитнес и здраве и 3% - на други видове клубове⁴⁰.

Проведеното през 2011 г. национално проучване на храненето и хранителния статус сред 4336 ученици на възраст 7-18 години показва, че при голяма част от учениците се наблюдава ниска физическа активност. Само 20-36% от момчетата и 37-47% от момчетата имат умерена до интензивна физическа активност почти всеки ден. (Приложение – фигура 6). Същевременно средно 40% от децата ежедневно стоят повече от 5 часа извън учебните занятия пред компютъра и телевизора (Приложение – фигура 8).

2.2.3.4. Хранене и хранителен статус на населението в България

Данните от ежегодните бюджетни проучвания на домакинствата в България от НСИ⁴¹ върху представителна извадка от населението показват постоянно намаляване консумацията общо на *хляб и тестени изделия*. От 2000 г. до 2011 г. потреблението на тези основни за българския модел на хранене продукти е намаляло с 20.8%. Увеличава се консумацията на *картофи* с 18.6%. Консумацията на *пресни зеленчуци* нараства от 2008 г. до 2011 г. с 8.9%. За периода след 2005 г. има обща тенденция за увеличаване консумацията на *пресните плодове*, като най-голямото годишно увеличение е през 2011 г. (8.5%). През последните 10 години се отбелязва увеличаване на консумацията на *месо*. Консумацията на *риба* е ниска (14.8 g среднодневно през 2011 г. на лице, при препоръка поне 30 г). От 2000 г. се увеличава консумацията на *кисело мляко и млечни продукти* и намаляване на консумацията на *прясно мляко*, но е 50% от препоръчаното ежедневно количество. През 2011 г. се наблюдава намаление на употребата на *захар* с 4.7%, но приемът на *захарни и шоколадови изделия* остава непроменено висока.

³³ Национално изследване на факторите на риска за здравето на населението на възраст 25-64 г, БСОЗ, кн.2, прил. 1, 2009.

³⁴ Петрова, С., Д. Байкова, В. Дулева и др. Физическа активност на учениците в България. Национално проучване „Хранене и хранителен статус на учениците на възраст 7-19 г. в България”. МЗ, НЦООЗ, С., Изд. „Пропелер”, 2007.

³⁵ Изследване на факторите на риска за хронични неинфекциозни болести сред ученици на 14-18 г. в зоните на програма СИНДИ, БСОЗ, кн.3, 2010

³⁶ Изследване на факторите на риска за хронични неинфекциозни болести сред население 25-64 г.в зоните на програма СИНДИ, БСОЗ, кн.3, 2010.

³⁷ Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. The Lancet, 2012. Достъпно на: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736>

³⁸ <http://ncphp.government.bg/news/178-main-information/dr/454-nac-pr.html>

³⁹ Eurobarometer 72.3. Sport and Physical Activity. Special Eurobarometer 334 / Wave 72.3 – TNS Opinion & Social. Brussels. 2010.

⁴⁰ Обществени нагласи за изграждането на безплатни фитнес площадки на открито. ИСИМ, Май 2011. Достъпно на: http://www.mbmd.net/Handler_ResourceEdit_DownloadResource?param

⁴¹ Национален статистически институт. Доходи и разходи на домакинствата.3. Потребление на домакинствата. http://www.nsi.bg/ORPDOC/HH_3.1.3.xls

Хранителният статус на децата, оценен чрез антропометрични индикатори, отразява небалансирания и нездравословен модел на хранене и ниската физическа активност за значителна част от тях.⁴²

Относителният дял на свръхтегло при децата на възраст 7-18 години е 16.7%, а на затлъстяване - 8.2 %. Спрямо 1998 г. честотата на свръхтеглото се е запазила в същите граници, докато честотата на затлъстяването (2.1-4.8%) се е увеличила с повече от 100% (5.1-10.9%, 2011 г.)⁴³.

Тенденцията за увеличаване на затлъстяването е още при децата в 1-ви клас. Докато през 1998 г. относителният дял на децата на 7-8 г. със затлъстяване е под 10%, през 2011 г. достига 20.8% при момчетата и 14.6% при момичетата⁴⁴.

2.2.3.5. Употреба на наркотици⁴⁵

Данните от II Национално представително изследване сред 3705 студенти от 29 университети в 12 български града показват, че 38.9% от тях (около 110 000 студенти) са опитвали някакъв наркотик поне веднъж в живота си (през 2006 г. – 35.2%, 75 000 студенти).

Канабисът (и по-специално марихуаната) е най-масово използваното незаконно вещество. Поне веднъж през живота си са я употребили 37.4% от анкетираните (през 2006 г. – 32.9%), или около 105 000 студенти (през 2006 г. - 70 000). Следва групата на употребилите синтетични стимуланти - предимно амфетамини - 14.6% (през 2006 г. – 8.4%), и вещества от типа на екстази – съответно 8.7% и 6.5%.

По Европейския училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици (ESPAD) през 2011 г. са изследвани общо 2217 ученици (1132 момчета и 1085 момичета) от 9 и 10 клас в 192 паралелки. От тях 27% (около 15-17 000) 15-16-годишни ученици са употребили поне веднъж в живота си какъвто и да е незаконен наркотик. Около 23% (около 12-15 000) са употребили поне веднъж в живота си марихуана или хашиш, а 7% (около 4-5 000) са употребили поне веднъж в живота си амфетамини. През 2011 г. 11% (около 6 500 - 7 000) 15-16-годишни ученици са употребили поне веднъж през последните 30 дни марихуана или хашиш.

През 2011 г. в Националния фокусен център за наркотици и наркомании или с негово водещо участие и подкрепа са осъществени общо 10 проучвания от различен тип. В лабораторията към центъра са извършени 4 728 серологични изследвания на 1 182 пациенти

Броят на лицата, употребяващи наркотични вещества, изследвани в лабораторията на НЦН, е спаднал през 2011 г. В последните 5 години нивото на HIV инфекцията при употребяващите инжекционно наркотици се повишава. Нивото на Хепатит В инфекция спада при лица под 25 г., употребяващи инжекционно наркотици, което вероятно е последица от успешно провеждащата се от 1992 г. ваксинационна програма на всички новородени в страната. Нивото на инфектирани с вируса на Хепатит С за всички интравенозни изследвани в София е 62% и се снижава. Нивото на инфекция на сифилис от 10 години се задържа около 3.

⁴² Петрова С., В. Дулева, Л. Рангелова, П. Димитров, Д. Байкова, М. Константинова. Мониторинг на хранителен статус на населението в България: разпространение и тенденции на затлъстяването и поднорменото тегло. Наука Диететика, 2012, 2: 18-29.

⁴³ Петрова С., В. Дулева, Л. Рангелова, М. Константинова, П. Димитров. Свръхтегло и затлъстяване при учениците в България: тенденции и рискови фактори. XII-ти Национален педиатричен конгрес с международно участие 31 май – 2 юни 2012, Пловдив, Програма и резюмета 2012: 32-34

⁴⁴ Petrova S., V. Duleva, L. Rangelova, P. Dimitrov, M. Konstantinova. Trends in prevalence of overweight and obesity among schoolchildren in Bulgaria: relationships with dietary intake. World Nutrition Rio 2012, 27-30 April 2012, Rio de Janeiro, Brazil, Programme, SOC31: P18589, 104.

⁴⁵ Годишен доклад по проблемите, свързани с наркотиците и наркоманиите в България 2011. Национален фокусен център за наркотици и наркомании с подкрепата и санкцията на национален съвет по наркотичните вещества

3. ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

3.1. Структура и организация

Функционирането на здравната система е един от елементите, които оказват влияние върху здравето на гражданите. Здравната система от своя страна зависи от влиянието на множество фактори – външни и вътрешни, а именно – социално-икономическото развитие на страната, ресурсната осигуреност, нормативната база, която отразява обществено-политическите отношения и много други.

Здравната система има свои характеристики, структура, организационна схема и представлява обособена подсистема на цялостната обществено-икономическа система на страната, предлагаща и осъществяваща специфични здравни дейности, насочени към решаване на здравните проблеми на населението.

През 2011 г. основно влияние върху функционирането на системата на здравеопазване оказва световната финансово-икономическа криза.

Основните проблеми през 2011 г. пред здравната система, могат да бъдат обобщени като:

- *неадекватност и недостиг на ресурси* – човешки, финансови, материално технически, информационни и организационно-управленски;
- *несъответствие между структура и търсене* на здравни услуги – йерархичната (пирамидална) структура не съответства на търсенето – заобикаляне на първичната медицинска помощ и търсене на специализирана и високоспециализирана помощ от населението;
- *липса на хоризонтална интеграция и взаимодействие* – например – взаимодействието между първичната медицинска помощ и спешната медицинска помощ;
- *свърхцентрализация или пълна децентрализация* – две крайни явления, които оказват влияние върху структура и взаимодействие;
- *неадекватни решения свързани с регионалното (териториалното) разположение* – Националната здравна карта е само пожелателен инструмент за управление без реални възможности за въздействие;
- *свърхокрупняване или раздробяване* (разпокъсване) на структурни елементи и връзки – напр. създаване на множество структури по инвазивна кардиология.

Здравната система се състои от здравни и лечебни заведения и органи за управление и контрол, в която заделените от обществото ресурси се разходват с цел удовлетворяване на специфични здравни потребности на населението и предоставяне на достатъчна по обем и качество здравна помощ.

От посоченото определение е видно, че структурата на здравната система е съставена от три обособени части, а именно:

Първата структурна част – здравните и лечебни заведения, включва в себе си всички видове здравни и лечебни заведения (здравни кабинети, лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ, диагностични звена, центрове за спешна медицинска помощ, кръвни центрове, национални центрове и др.), които изпълняват типично производствени функции по предоставяне на здравни услуги на населението.

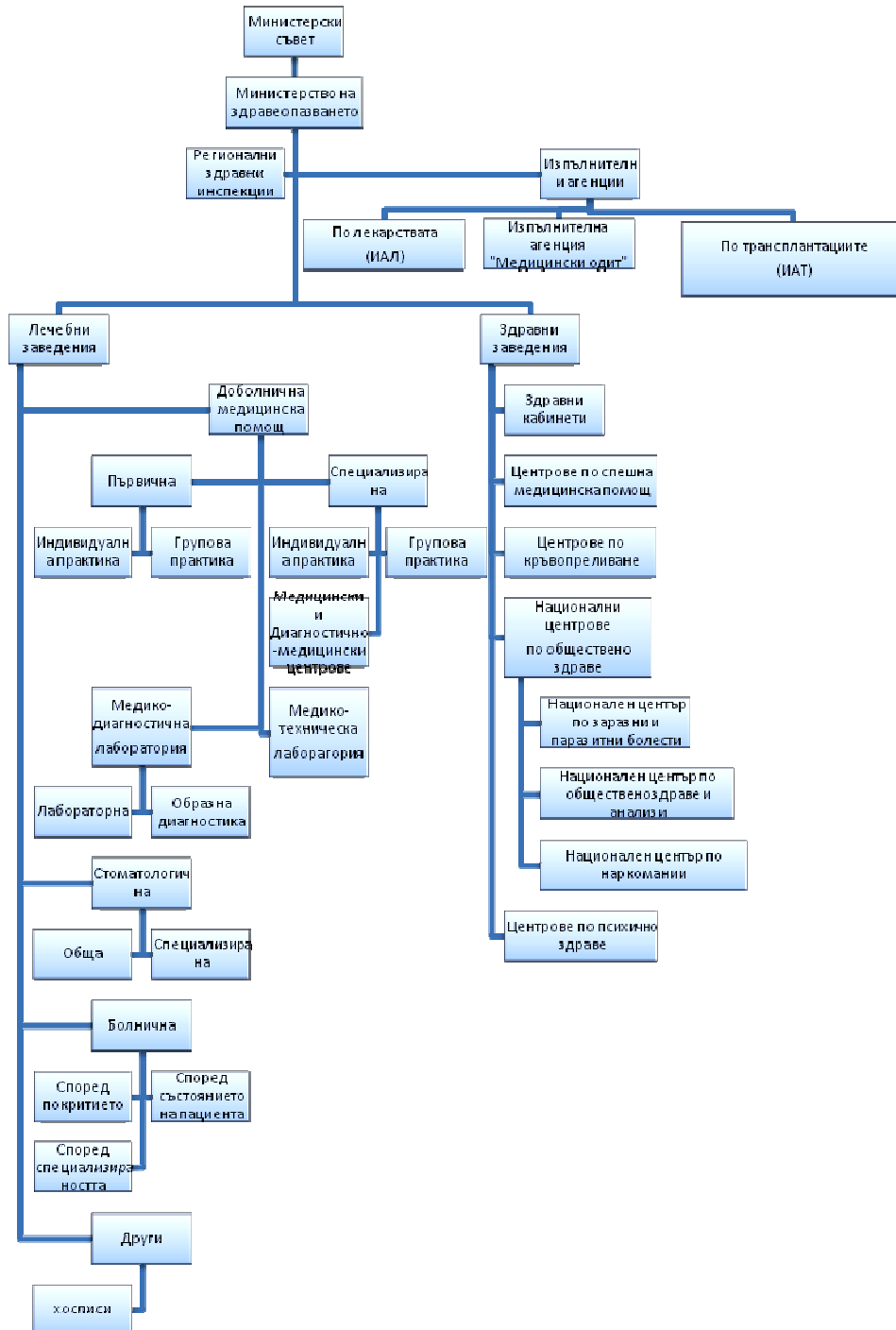
Във *втората структурна част* са всички органи за управление и контрол (Министерство на здравеопазване, агенции към министерството, РЗИ), които

изпълняват типично управленско-организационни, контролни и регулаторни функции в системата на здравеопазване.

Третата структурна част са научно-организационните звена – Националните центрове по общественото здраве

На фигура 21 е представена структурата на здравната система в България.

Фигура 21. Здравна система – организационна структура



Основната задача на здравната система е предоставянето на здравна помощ при оптимално използване на предоставените от обществото ресурси.

Националната система на здравеопазване е организирана на следните принципи:

1. равнопоставеност при ползване на здравни услуги;
2. осигуряване на достъпна и качествена здравна помощ, с приоритет за деца, бременни и майки на деца до една година;
3. приоритет на промоцията на здраве и интегрираната профилактика на болестите;
4. предотвратяване и намаляване на риска за здравето на гражданите от неблагоприятното въздействие на факторите на жизнената среда;
5. особена здравна закрила на деца, бременни, майки на деца до една година и лица с физически увреждания и психически разстройства;
6. държавно участие при финансиране на дейности, насочени към опазване здравето на гражданите.

Органи на управление на националната система за здравеопазване

Държавната здравна политика се ръководи и осъществява от Министерския съвет.

Административен орган по ръководството и управлението на националната здравна система и контрол върху дейността ѝ е Министърът на здравеопазването, който се подпомага от администрацията на Министерството на здравеопазването.

Министърът на здравеопазването като административен орган изпълнява следните функции:

1. Ръководи и контролира дейностите по:
 - 1.1. опазване здравето на гражданите и държавен здравен контрол;
 - 1.2. осъществяване на спешна медицинска помощ, трансфузионна хематология, стационарна психиатрична помощ, медико-социални грижи за деца до тригодишна възраст, трансплантация и здравна информация;
 - 1.3. осигуряване и устойчиво развитие на здравните дейности в лечебните и здравните заведения;
 - 1.4. медицинска експертиза.
2. Представя в Народното събрание годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите и изпълнението на Националната здравна стратегия в срок до три месеца преди началото на бюджетната година.
3. Утвърждава разпределението на субсидиите от републиканския бюджет за дейностите по здравеопазването, които са в неговите компетенции.
4. Осъществява методическо ръководство и контрол на медицинската дейност на лечебните заведения, създадени към Министерския съвет, Министерството на отбраната, Министерството на вътрешните работи, Министерството на правосъдието и Министерството на транспорта и съобщенията.
5. Администрира приходите от глобите и имуществени санкции налагани по здравните закони

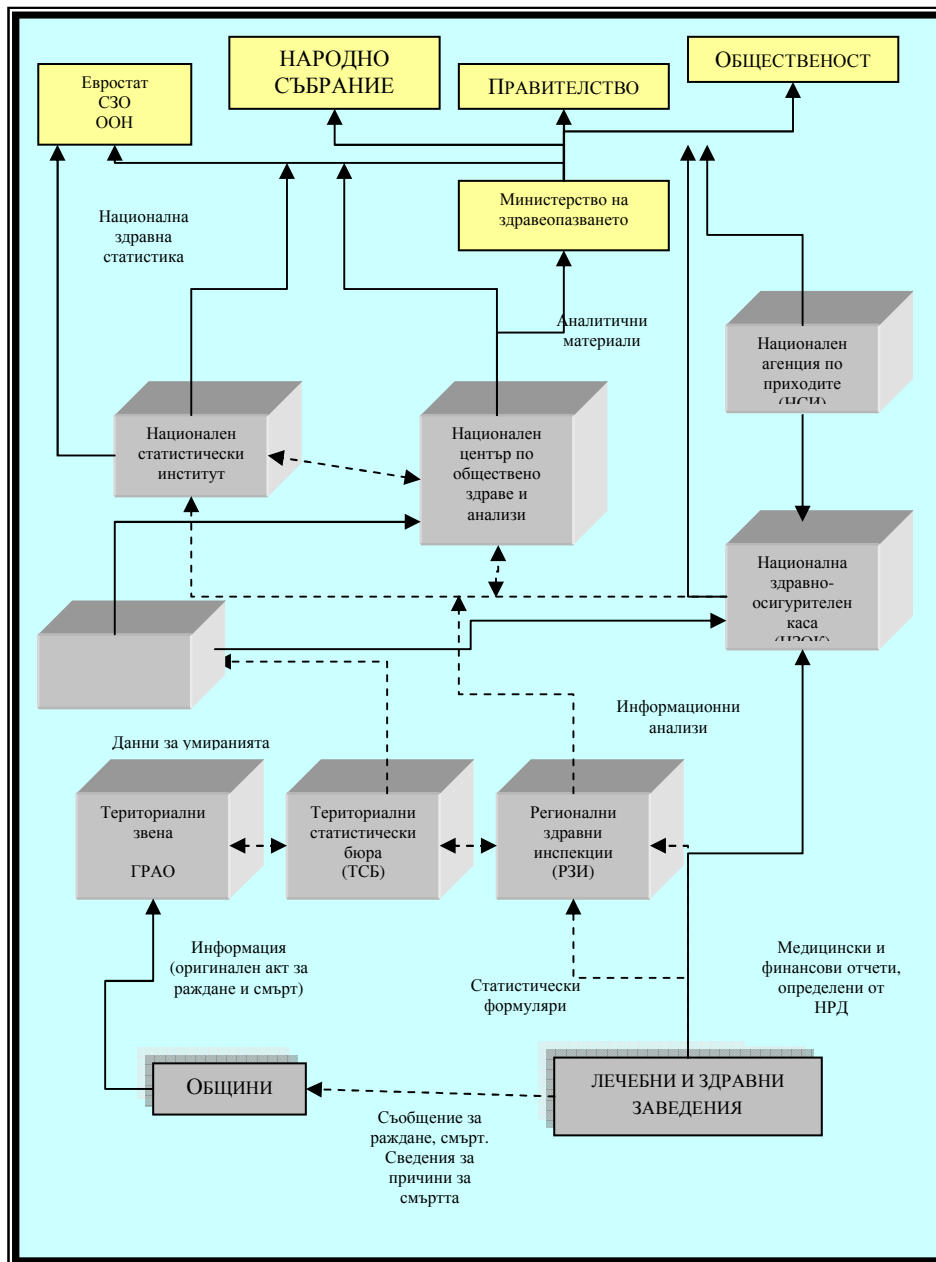
Към министъра на здравеопазването се създава *Висш медицински съвет*. Висшият медицински съвет е консултативен орган, който обсъжда и дава становища по:

1. приоритетите на Националната здравна стратегия;
2. етични проблеми на медицината и биомедицината;
3. законопроекти и проекти на нормативни актове на Министерския съвет в областта на здравеопазването и от компетентността на министъра на здравеопазването;
4. годишния доклад на министъра на здравеопазването;

5. годишния проектобюджет на здравеопазването;
6. научните приоритети в областта на медицината и денталната медицина;
7. годишния прием на студенти и специализанти от професионална област "здравеопазване" и критериите за определяне на учебните бази за провеждане на студентско и следдипломно обучение;
8. видовете специалности от професионална област "здравеопазване".

От важно значение за функциониране на здравната система е информационното ѝ осигуряване, представено на следващата схема

Фигура 22. Схема на информационно осигуряване в областта на здравеопазването в България



Източник: НЦОЗА

От графиката е видно, че НЗОК е институцията, която получава информация от всички институции, но не подава информация никъде, освен до Народното събрание един път годишно при представяне на отчета за изпълнение на бюджета.

Изпълнителни агенции

Във връзка с приемането на новото законодателство и разширяване на управленските, организационните и контролните функции на Министъра на здравеопазването и въвеждането на допълнителни режими по регистриране, лицензиране на специфични дейности, според изискванията на Закона за лекарствата и аптеките в хуманната медицина и Закона за трансплантации на органи, тъкани и клетки, към Министъра на здравеопазването са създадени две изпълнителни агенции – Изпълнителна агенция по лекарствата и Изпълнителна агенция по трансплантациите.

Изпълнителната агенция по лекарствата е администрация към министъра на здравеопазването, чиито компетентности, функции и дейности са разписани в три закона: 1) Съгласно Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина ИАЛ е специализиран орган към министъра на здравеопазването за надзор върху качеството, ефективността и безопасността на лекарствата; 2) Съгласно Закона за медицинските изделия ИАЛ е орган за надзор върху качеството, ефективността и безопасността на медицинските изделия и 3) Съгласно Закона за кръвта, кръвонабирането и кръвопреливането Изпълнителната агенция по лекарствата изпълнява функциите на компетентен орган по отношение на дейността на лечебните заведения по вземане, диагностика, преработка, съхраняване, употреба, разпространение, осигуряване на качество и безопасност на кръвта и кръвните съставки и по отношение на трансфузионния надзор, за спазване изискванията на закона, стандарта по правилата за Добра лабораторна и Добра производствена практика.

Изпълнителната агенция по трансплантация е компетентният орган за управление, координация и контрол на трансплантацията в Република България. Агенцията координира и контролира дейностите в областта на трансплантациите, извършвани в лечебните заведения; изготвя медицински стандарти за трансплантация на органи, тъкани и клетки, както и медицински критерии за подбор на донори и реципиенти; създава и поддържа публичен и служебен регистър, като събира, обработва, съхранява и предоставя информация във връзка с трансплантацията; координира вноса и износа на органи, тъкани и клетки; регистрира, съхранява и анализира информацията относно данните на донора, здравословното състояние на реципиента и сериозните нежелани реакции и сериозните инциденти, свързани с трансплантацията; проучва и анализира медицинските, правните, етичните, религиозните, икономическите и социалните последици от трансплантацията; информира обществото за трансплантационните процеси с цел гарантиране на прозрачност и равен достъп на всички нуждаещи се лица; координира сътрудничеството между държавни органи, научни организации и неправителствени организации в областта на трансплантацията; контролира дейностите по осигуряване на качество и безопасност на органите, тъканите и клетките, предназначени за присаждане; контролира дейностите по вземане, поставяне, експертиза, обработка и етикетироване и съхраняване на човешките яйцеклетки, сперматозоиди и зиготи, предназначени за асистираната репродукция, и осигурява възможност за тяхното и на влизащите в контакт с тях материали и продукти и проследяване от донора до реципиента;

С промени в Закона за здравно осигуряване бе създадена още една изпълнителна агенция „**Медицински одит**”.

Агенцията осъществява контрол върху медицинското обслужване на гражданите, медицински контрол върху дейностите, свързани със задължителното и доброволното здравно осигуряване, като: 1) извършва проверки за съответствието на структурата, управлението, дейността и организацията на медицинското обслужване в лечебните заведения с изискванията на Закона за здравето, Закона за лечебните заведения и нормативните актове по тяхното прилагане; 2) контролира спазването на правата на пациентите в лечебните заведения. 3) контролира спазването на утвърдените медицински стандарти в лечебните заведения; 4) осъществява контрол върху качеството на медицинското обслужване в съответствие с утвърдените медицински стандарти; 5) следи за осигуряване от НЗОК предоставянето на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от нейния бюджет, както и за осигуряване от дружествата за доброволно здравно осигуряване предоставянето на здравните дейности, съгласно здравноосигурителния договор; 6) извършва проверки по молби на граждани и юридически лица, свързани с медицинското обслужване и 7) осъществява дейности по откриване и предотвратяване на корупционни прояви и практики в лечебните заведения.

Фондове

Център „Фонд за лечение на деца“.

След приемането на Закона за здравето и възприемането на принципите, наложени от присъединяването на България към ЕС беше затруднено лечението на деца в чужбина, преди всичко поради ограничените финансови ресурси. Това наложи да се търси нова организационна форма и нов начин на финансиране на тази рискова група. Държавата създаде фонд, финансиран частично от държавния бюджет и допълнително от дарения на граждани и структури, с който да се осигури лечението на деца в чужбина, при които възможностите на нашата здравна служба са изчерпани (недостатъчни) – липса на нови технологии, обучени кадри, редки заболявания и т.н.

Центърът има функция по организационно и финансово подпомагане на български граждани до 18 години, нуждаещи се от диагностични и лечебни процедури, за които няма условия за извършване в България.

През 2008 г. с промени в Закона за здравето към МЗ бе създаден *Център Фонд за асистирана репродукция* – 20 млн. лв., от който се заплаща ин витро фертилизацията на семейства без деца на основата на договори между МЗ и лицензирани клиници.

Създаденият *фонд за заплащане на трансплантациите на български граждани в чужбина* бе закрит през 2011 г.

Регионални органи на управление

Системата на управление на здравеопазването включва административни органи, които са децентрализирани и носят отговорности по провеждането на държавната политика в съответния регион. Развитието на съвременната здравна администрация в Р България започна след 1996 г., когато Районните центрове по здравна информация (РЦЗИ) бяха реструктурирани в административни органи. Тогавашните им функции, ограничавани се единствено в събиране, обработка и предаване на медико-статистическа информация, бяха променени и те постепенно започнаха да придобиват съвременния си облик, преминавайки през статута на Районни центрове по здравеопазване и достигайки при приемането на Закона за здравето през 2004 г. реалните си функции на деконцентрирана държавна администрация по региони. През 2011 година РЦЗ и РИОКОЗ бяха реструктурирани и обединени в Регионални здравни инспекции. С обединяването на функциите на РЦЗ и РИОКОЗ в РЗИ, същите бяха

превърнати в реална деконцентрирана здравна администрация и органи за контрол на общественото здраве на съответната територия.

Дейностите по опазване на здравето в Р България са възложени на държавните органи и институции, които планират, разработват и провеждат политика, насочена към опазване здравето на гражданите чрез осигуряване на здравословна жизнена среда, контрол на заразните заболявания, обучение за здравословен начин на живот и здравна профилактика.

1. Дейности по осигуряване на здравословна жизнена среда
2. Дейности по контрол върху заразните болести
3. Дейности по защита от въздействието на йонизиращи лъчения
4. Дейности по защита на здравето на гражданите при извършване на дейности с азбест и азбестосъдържащи материали
5. Дейности по промоция и профилактика на здравето
6. Дейности по лабораторен контрол на факторите на външната среда

Органи на държавния здравен контрол са главният държавен здравен инспектор на Република България, регионалните здравни инспекции (РЗИ) и Националните центрове по проблемите на общественото здраве.

Държавният здравен контрол се извършва от държавни здравни инспектори, които са държавни служители в Министерството на здравеопазването и РЗИ.

Главният държавен здравен инспектор се назначава от министър-председателя по предложение на министъра на здравеопазването.

Държавната политика по опазването на общественото здраве и държавният здравен контрол на територията на съответната област се осъществяват от РЗИ.

Регионалните здравни инспекции са юридически лица, със седалище населеното място - административен център на областта.

Регионалните здравни инспекции се създават, преобразуват и закриват от Министерския съвет.

Здравни заведения

Здравни заведения осъществяват дейности и услуги в областта на промоцията и превенцията на здравето, както и към повишаване на качеството на живот.

Здравни заведения по смисъла на Закона за здравето са:

1. Националните центрове по проблемите на общественото здраве;
2. Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК);
3. Здравните кабинети;
4. Аптеките – от законодателя бе прието, че те са специфичен вид здравни заведения със статут и дейност, определени със Закона за лекарствата и аптеките в хуманната медицина.

Национален център по обществено здраве и анализи

С решение на Правителството през 2011 г. Националният център по опазване на общественото здраве и Националният център по здравна информация бяха реструктурирани и слети в един център – Национален център по обществено здраве и анализи.

Предмет на дейност на центъра е: научноизследователска, експертно-консултативна, методическа и учебна дейност в областта на опазване на общественото здраве; оценка на здравния риск при неблагоприятно въздействие на факторите на жизнената среда, рисковите фактори, свързани с поведението и начина на живот; промоция на здравето и интегрирана профилактика на болестите.

Националният център по общественото здраве и анализи е структура на националната система на здравеопазването и осъществява дейности по: опазване на общественото здраве, промоция на здравето и профилактика на болестите, информационно осигуряване на управлението на здравеопазването.

В съответствие с основните си дейности по опазване и промоция на здравето, Центърът изследва здравния статус на населението и връзката му с факторите на средата и условията на живот; провежда епидемиологични проучвания и оценка на факторите на риска за хроничните незаразни болести; участва в разработването, координирането и изпълнението на национални програми и планове за действие, както и в международни изследователски програми, насочени към укрепване на общественото здраве /включително психично, репродуктивно и сексуално/; провежда интервенционни мероприятия, обучителни семинари и издава информационни и методични материали; извършва оценка на експозицията и здравния риск за населението от въздействието на биологични, химични и физични вредности в околната и работна среда, и в храни, като изготвя съответни препоръки; мониторира храненето и хранителния статус на населението и разработва ръководства за хранене на определени групи от населението.

Центърът ръководи, контролира, мониторира и координира информационната дейност в здравеопазването; разработва и унифицира медико-статистическа документация за здравния статус на населението и за ресурсите и дейността на лечебните заведения; разработва математически модели и прогнози за демографското и здравното състояние на населението; осигурява оперативна и годишна медико-статистическа и икономическа информация; осъществява дейности по развитие на единна здравно-информационна система и електронно здравеопазване; разработва и внедрява система за класификация на пациентите и технологии за отчет и заплащане; поддържа класификации, номенклатури, стандарти и методики; участва в осъществяването на статистическата дейност на държавата като сътрудници с Националния статистически институт; поддържа, актуализира и публикува здравно-информационни стандарти; организира, координира и контролира дейности по развитие на електронното здравеопазване; разработва методики и модели за планиране и управление на ресурсите за лечебните заведения; разработва, внедрява и поддържа национални стандарти на кодиране в лечебните заведения и мониторира процеса на кодиране.

Мисията на Националния център по общественото здраве и анализи е да съчетава тези разнообразни дейности в интерес на по-доброто здраве на населението. Всички усилия на работещите в Центъра хабилитирани лица, експерти и технически персонал са насочени към прилагането на съвременните технологии в областта на общественото здравеопазване и заемането на водещо място в Националната здравна система.

Национален център по заразни и паразитни болести

Предмет на дейността на НЦЗПБ е да осъществява профилактична, протиепидемична, научна, научно-приложна, диагностична и референтно-експертна дейност, както и следдипломно обучение на медицински и немедицински специалисти в областта на заразните и паразитни болести.

Националният център по заразни и паразитни болести (НЦЗПБ) е национална институция със статут на научна организация към Министерство на здравеопазването, която има за цел да разработва научните основи на борбата с инфекциозните заболявания и методите за нейното осъществяване. Това определя интензивната научно-изследователска дейност по отношение етио-патогенезата, имунната реактивност, епидемиологичните особености, лабораторната диагностика, лечението и

имунопрофилактиката на бактериалните и вирусните инфекции (в това число и вътреболничните) и паразитните инвазии.

В НЦЗПБ се намират всички Национални референтни лаборатории (НРЛ) по различните бактериални, вирусни и паразитни инфекции, обединени в т.н. Лабораторно-изпитателен комплекс (ЛИК), който е единственият за сега в страната ни акредитиран от Българска служба по акредитация (БСА) през 2003 г. по европейските изисквания на стандарта БДС ISO EN 17025 за високо качество на работата.

НЦЗПБ, съвместно с Министерство на здравеопазването, осъществява ежедневно широка противоепидемична и организационно -методична дейност, с високо квалифицирана експертна и консултативна помощ, специализирана лабораторна диагностика, организиране на работни срещи, семинари и др., с издаването на специализирани научни и научни-приложни списания като Инфектология, Problems of Infectious and Parasitic Diseases, Информационен бюлетин и други информационни и учебни материали.

В НЦЗПБ се осъществява лабораторно-производствена дейност на няколко оригинални биологични препарати за нуждите на нашето здравеопазване и за износ: алергенни препарати за диагностика и имунотерапия на алергичните заболявания, моноклонални антитела за определяне на кръвно-групови субстанции и лимфоцитни маркери и препарати за диагностика на паразитарни инвазии. Те се произвеждат в условията на Добра Производствена Практика, съгласно изискванията на Европейската фармакопея и стандарта ISO 9001/9000.

Национален център по радиобиология и радиационна защита

НЦРРЗ е специализиран орган на Министерството на здравеопазването (МЗ) по отношение на неговата политика за предотвратяване и/или намаляване на неблагоприятното въздействие на източниците на йонизиращи лъчения върху здравето на населението; контролен орган за спазване на: изискванията за защита на лицата от въздействието на йонизиращите лъчения, изискванията в ядрени електроцентрали, изследователски ядрени инсталации, съоръжения за управление на радиоактивни отпадъци и други обекти с източници на йонизиращи лъчения; радиационните фактори на жизнената среда - води, храни и стоки със значение за здравето на населението; експертен орган по отношение на: оценка на облъчването и на радиационния риск за населението и на професионално облъчваните лица и осигуряването на защита на пациента при медицинско облъчване; оценка на здравословното състояние на лицата, които работят или са работили в среда на йонизиращи лъчения или са били облъчени при радиационни аварии; методичен ръководител на здравните и лечебните заведения по въпросите на радиобиологията, радиационната защита и медицинското осигуряване в случай на радиационна авария; учебен и информационен център и база за повишаване на професионалната квалификация в областта на радиобиологията и радиационната защита; национален координатор във връзка с изпълнение на национални и международни проекти в областта на радиобиологията и радиационната защита.

Национален център по наркомании

НЦН е здравно заведение и орган за координация и методическо ръководство по проблемите на злоупотребата и зависимостта от наркотични вещества, включително на дейностите, свързани с превенция на злоупотребата с наркотични вещества, с лечение, с намаляване на здравните щети и рехабилитация на лица, злоупотребяващи или зависими от наркотични вещества; орган за специализиран контрол на лечебната дейност по отношение на лица, злоупотребяващи или зависими от наркотични вещества; експертен орган в областта на наркоманиите; Национален фокусен център;

и осъществява представителството на Република България в обединената европейска информационна система в областта на наркотиците и наркоманиите.

Национална експертна лекарска комисия

Националната експертна лекарска комисия е със статут на лечебно заведение и осъществява експертни, контролно-методически и консултативни дейности по експертизата на работоспособността.

Здравни кабинети

Здравните кабинети са специфичен вид здравни заведения, насочени към осигуряване на здравни услуги на рискови групи от населението.

Здравни кабинети се създават във:

1. детските градини и училищата;
2. домовете за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителски грижи, към Министерството на образованието и науката;
3. специализираните институции за предоставяне на социални услуги - домове за деца и младежи с увреждания, домове за възрастни хора с увреждания, социалните учебно-професионални заведения, домове за стари хора, приюти и домове за временно настаняване;
4. от работодатели, които желаят да осигурят здраве и здравословна среда на работещите.

Дейностите по предоставяне на здравни грижи в здравните кабинети могат да се осъществяват от лекар, фелдшер или медицинска сестра. Финансирането на здравните кабинети се осъществява от държавата и общините, както и от частни лица (физически и юридически).

Структура на здравната мрежа

Структурата на здравната мрежа и осигуреността на леглата е представена на таблица 1.

Таблица 1. Здравна мрежа и леглови фонд през 2011 г.

<i>Видове заведения</i>	<i>Брой</i>	<i>Легла</i>
Лечебни заведения за болнична помощ – всичко¹⁾	315	44811
Многопрофилни болници	120	25500
Многопрофилни болница за активно лечение	119	25460
Специализирани болници	76	7837
Специализирана болница за активно лечение	39	3837
Специализирана болница за долекуване и продължително лечение	5	241
Специализирана болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация	13	935
Специализирана болница за рехабилитация	19	2824
Психиатрични болници	12	2448
Частни заведения за болнична помощ	89	5799
Лечебни заведения за извънболнична помощ (по отчетите на лечебните заведения)		

Амбулатории за първична медицинска помощ – индивидуални практики	3569	-
Амбулатории за първична дентална помощ – индивидуални практики	4850	-
Амбулатории за първична медицинска помощ – групови практики	219	-
Амбулатории за първична дентална помощ – групови практики	264	-
Амбулатории за специализирана медицинска помощ – индивидуални практики	2858	-
Амбулатории за специализирана дентална помощ – индивидуални практики	62	-
Амбулатории за специализирана медицинска помощ – групови практики	146	-
Амбулатории за специализирана дентална помощ – групови практики	1	-
Медицински центрове	559	617
Дентални центрове	49	6
Медико-дентални центрове	35	38
Диагностично-консултативни центрове	121	263
Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории	1006	-
Други лечебни и здравни заведения		
Комплексни онкологични центрове	7	1152
Центрове за кожно-венерически заболявания	10	100
Центрове за психично здраве	12	1328
Центрове за спешна медицинска помощ	28	-
Самостоятелни центрове за трансфузионна хематология	4	-
Домове за медико-социални грижи за деца	31	3756
Хосписи	49	790
Национални центрове без легла	7	-
РЗИ	28	-
Санаториални заведения	4	674

3.2. Нормативна база

През 2011 г. МЗ предприе действия по изготвянето, приемането и въвеждането в действие на 105 нормативни акта, в това число закони, постановления на Министерския съвет, наредби и правилници, а също и на някои стратегически документи и административни актове, които имат значение за развитието на системата на здравеопазването.

Основните законодателни инициативи, осъществени през 2011 г., са промените в Закона за лечебните заведения, Закона за здравето, Закона за здравето осигуряване, Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки и в Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.

Законовите промени в Закона за лечебните заведения и в Закона за здравето осигуряване въведоха нови постановки - бяха създадени ясни изисквания за

гарантиране на 24-часово обслужване на пациентите в болниците, както и въвеждане на изисквания за определяне и поддържане на нива на компетентност на болничните структури.

На базата на законовите промени през 2011 г. на мястото на съществуващите дотогава диспансери, започнаха да осъществяват дейност нови видове лечебни заведения - комплексни онкологични центрове, центрове за психично здраве и центрове за кожно-венерически заболявания, а диспансерите за пневмо-фтизиатрични заболявания бяха преобразувани в медицински центрове и в специализирани болници. Същите продължиха да извършват по силата на закона дейностите по активно издирване, диагностика, лечение и периодично наблюдение на болни, но се предостави възможността да извършват и специфични дейности, различни по същността си от основната им медицинска дейност, а именно провеждане на клинични изпитвания на лекарствени продукти, както и предоставяне на социални услуги по реда на Закона за социалното подпомагане. Последното бе регламентирано като изрична възможност и за домовете за медико-социални грижи, за лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ и за хосписите. Промененото законодателство осигури участието на изброените лечебни заведения в реализирането на проекти, както и условия за допълнително финансиране на дейността им и предоставяне на комплексна грижа за хронично болните лица.

С промени на законодателството през 2011 г. ръководителите на всички лечебни заведения бяха задължени да предоставят на министъра на здравеопазването информация за медицинските дейности и разходваните ресурси и анализ на дейността си, което да послужи за осигуряване на достоверна информация за извършените от тях разходи при осъществяване на дейността си. Целта бе въвеждане на правила за прозрачност при разходването на обществения ресурс.

От 2011 г. за болниците бе създаден облекчен режим за издаване на разрешения за осъществяване на лечебна дейност – намален документооборот и срокове, както и редица промени в процедурата по изготвянето и съдържанието на областните здравни карти и на Националната здравна карта.

През 2011 г. Министерството на здравеопазването разработи и беше приета от МС нова Национална здравна карта (Решение № 103 от 24. 02.2011г. на Министерския съвет), регламентираща вида, броя, дейността и разпределението на лечебните заведения по отделните нива на медицинското обслужване в областта, минималния и максималния брой болнични легла, както и лечебните заведения за болнична помощ, с които НЗОК би могла да сключва ежегодно договори по смисъла на Закона за здравното осигуряване.

През 2011 г. бе направен обстоен анализ на всички действащи в страната медицински стандарти по отделни специалности и същите бяха изменени с оглед постигане на качество в дейността на структурите от всички нива в системата, с цел задоволяване потребностите на всички групи от населението и едновременно въвеждайки единен стандарт. С медицинските стандарти (20 нови и 49 изменени) бяха разписани изисквания към персонала, структурата и апаратурата на лечебните заведения и бяха въведени нови изисквания за определяне на нивата на компетентност на структурите в болниците за активно лечение.

В резултат на това към 01.02.2011 г. от 368 болници бяха пререгистрирани 321 болници. Във връзка с въведените нива на компетентност беше изменена и допълнена и Наредба № 49 от 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи.

През 2011 г. МЗ разработи и въведе нови електронни регистри, които осигуряват възможност за ефективно управление и контрол на приоритетни здравни дейности – Национален регистър по инвазивна кардиология и Информационна система на ражданията.

С промените в законодателството бе въведена възможността определени видове лечебни заведения да разкриват дежурни кабинети за непрекъснат достъп на пациентите до първична медицинска помощ, в т.ч. и в нощните часове и празничните и почивни дни. Беше въведен и списък на общините, намиращи се в селски или планински райони, в които дежурните кабинети могат да се създават и да функционират при облекчени условия. С постановление на Министерския съвет бяха въведени и механизмите за заплащане от НЗОК за дейността на дежурните кабинети.

Чрез законодателните промени в наредбата за основния пакет от здравни дейности, заплащани от НЗОК, беше създадена възможност дейности, извършвани основно в болниците, да се осъществяват в амбулаторни условия по клинични процедури.

С промени в Наредба № 38 от 2004 г. за определяне на списъка на заболяванията, за чието домашно лечение Националната здравноосигурителна каса заплаща лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели напълно или частично, лекарствени продукти за домашно лечение, финансирани до края на 2010 г. от бюджета на МЗ, преминаха към здравната каса, с цел да се осигури удобство за пациента и да се намалят разходите на болниците.

Промени в Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията актуализираха вида и честотата на някои от профилактичните прегледи и изследвания при деца и при лица над 18 години, въведе се регламентация на осъществяването на скрининга. През 2011 г. нормативно бе регламентиран и свободен достъп на деца до 18 г. до специалист.

През 2011 г., с промяна в Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ бяха въведени параметри при формиране на стойността, заплащана от пациента при избор на лекар/екип в ЛЗБП.

Считано от началото на 2011 г., регионалните центрове по здравеопазване и регионалните инспекции за опазване и контрол на общественото здраве бяха обединени в нова структура - в регионални здравни инспекции. Новосъздадените структури имаха основна роля в реализирането на облекчените процедури по регистрация на лечебните заведения за извънболнична помощ и по издаване на разрешение за болниците през 2011 г. С постановление на Министерския съвет чрез сливане бяха преобразувани Националният център по опазване на общественото здраве и Националният център по здравна информация в Национален център по общественото здраве и анализи.

През 2011 г. бяха предприети и промени в Закона за здравето по отношение на правата на пациентите: въведе се правото на пациента при хоспитализацията му да поиска да бъдат осигурени необходимите за лечението му медицински изделия, когато те не се заплащат от НЗОК или от републиканския бюджет; разшириха се правата на пациентите по отношение на възможността за подпомагането им за сметка на общинските бюджети. В сила от началото на 2011 г., Българският лекарски съюз, Българският зъболекарски съюз, Българският фармацевтичен съюз и Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи предоставят на Министерството на здравеопазването информация за вписване и заличаване на лица от регистъра на съответната съсловна организация и за наложените административни наказания на членове на съответната организация, като е регламентирано и предоставянето на информация за завършилите през предходната година студенти по специалностите от съответните професионални направления от страна на Министерството на

образованието, младежта и науката и висшите училища. С други промени в Закона за здравето от началото на 2011 г. бяха доразвити и понятията за здравна информация и актуализирани задълженията на съответните медицински специалисти и лечебни заведения да я събират, обработват и предоставят. Съществена промяна е и възлагането на контрола върху безопасността на храните на органите от структурата на Министерството на земеделието и храните. Преди тази законова промяна дейността беше поверена на МЗ.

Във връзка със закриването на Център „Фонд за трансплантация“, през 2011 г. бе издадена наредба, с която се регламентират условията и редът за заплащане на лечение на български граждани в чужбина за сметка на бюджета на министерството, извън пакета на задължителното здравно осигуряване и трансплантацията беше включена сред видовете лечение, за което българските граждани могат да бъдат подпомагани за реализирането му в чужбина, извън пакета на задължителното здравно осигуряване.

С промяната в Закона за здравето от 2011 г. бяха въведени забрани и ограничения за тютюнопушенето в закритите обществени места и на някои открити обществени места.

През 2011 г. са предприети промени в Закона за здравното осигуряване, които третираят съдържанието на основния пакет медицински дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, като: допуска се заплащане и/или доплащане от задължително здравноосигурените лица за дентални дейности, включени в основния пакет; допуска се в основния пакет да бъдат включвани лекарствени продукти, предназначени за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ. Въведен е специален режим за определяне през 2011 г. на прогнозните обеми и цени и на методиките за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ, осигурявани за сметка на НЗОК. Извършени са и промени в управителните органи на НЗОК с оглед постигане на по-добро администриране на процесите.

С промени в Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки от 2011 г. се определиха лекарствените продукти, предназначени за лечението на състояния след трансплантация, да се заплащат от НЗОК по реда на Закона за здравното осигуряване.

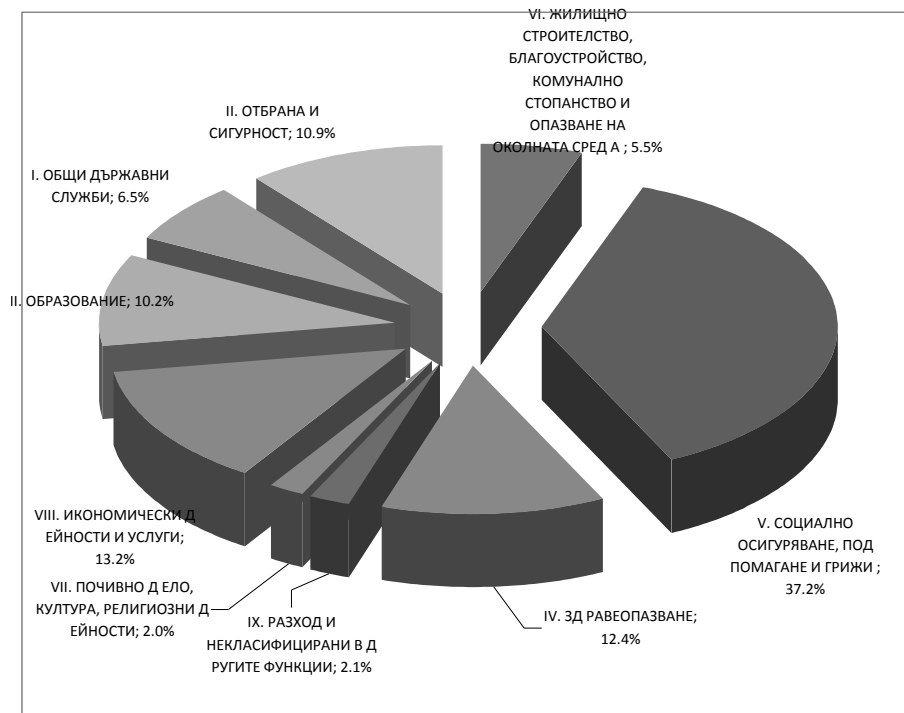
През 2011 г. бяха извършени промени и в Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина в следните насоки: създадена е Комисия по цени и реимбурсиране, която замени Комисия по цени на лекарствените продукти и Комисия по Позитивен лекарствен списък; разшири се кръгът лечебни заведения, в които могат да извършват клинични изпитвания; извършена е и промяна в механизмите за формиране на цени на лекарствените продукти.

3.3. Финансиране

С консолидирания бюджет на Република България за 2011 г. планираните разходи за функция „Здравеопазване“ (вкл. резерва) са 3 250.9 млн. лв.

Разходите за функция "Здравеопазване" формират относителен дял от 12.4% в структурата на разходите по функции по консолидирания държавен бюджет за 2011 г. (фигура 23).

Фигура 23. Структура на разходите по функции по консолидирания държавен бюджет за 2011 г.



Източник: МФ

Относителният дял на планираните средства за функция „Здравеопазване“ (таблица 2) през 2011 г. представлява 4.3 % от БВП на страната.

Таблица 2. Планирани средства по КДБ по функция "Здравеопазване" за периода 2008-2011 г.

Консолидиран държавен бюджет		2008	2009	2010	2011
1	2	3	4	5	6
	% БВП	4,09%	3,84%	4,21%	4,33%
	Общо разходи за функция „Здравеопазване“ (вкл. резервите)	2 830 811,60	2 634 367,20	2 947 685,90	3 250 896,80
1	Национална здравноосигурителна каса (вкл. резерви и трансфери)	1 745 964,60	1 750 255,00	2 036 341,90	2 290 639,60
1.1.1.	Заплати и стипендии	20 636,00	21 806,00	21 665,40	21 665,40
1.1.2.	Осигурителни вноски	4 280,40	4 061,90	3 998,90	4 322,90
1.1.3.	Издръжка	12 201,60	13 779,80	21 687,30	22 863,30
1.1.4.	Здравноосигурителни плащания	1 705 686,30	1 708 615,70	1 986 990,30	2 234 788,00
1.1.4.1.	Болнична помощ	1 006 798,90	977 587,00	1 143 990,00	1 218 288,00
1.1.4.2.	Извънболнична помощ	401 935,80	391 227,30	463 000,30	505 500,00
1.1.4.3.	Лекарства	295 480,80	325 598,00	347 000,00	391 000,00
1.1.4.4.	Други осигурителни плащания	1 470,80	14 203,40	33 000,00	120 000,00
1.1.5.	Капиталови разходи	3 160,30	1 991,60	2 000,00	7 000,00
2	Министерства и агенции	867 414,90	648 554,00	648 601,00	803 262,30
2.1.	Министерство на здравеопазването	698 942,40	524 724,20	563 727,40	705 632,80
2.2.	Други министерства и агенции	168 472,50	123 829,80	84 873,60	97 629,50
3	Общини	207 641,60	219 198,10	216 318,90	133 777,80
	Субсидии за болнична помощ	80 731,70	95 572,30	85 360,80	
4	Централен републикански бюджет	4 023,00	4 259,70	43 305,90	17 913,10
5	Други	5 767,50	12 100,40	3 118,20	5 304,00

Източник: МФ

Изразходваните средства по функцията за годината са в размер на 3 247.6 млн. лв. или 99.9% спрямо годишния разчет (таблица 3). От тях 3 199.1 млн.лв. са текущите разходи и 48.5 са капиталови разходи за сектора, което съставлява 1.5% от общите разходи.

Таблица 3. Разходи за здравеопазване

(млн. лв.) ОТЧЕТ 2011 г.	КФП	РБ	НЗОК	Общини	ИБСФ	Предприс. програми	Европ. средства
IV. ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ	3 247,6	877,8	2 225,5	139,6	2,2	0,5	2,1
Текущи нелихвени разходи	3 199,1	842,2	2 223,2	131,5	0,3	0,5	1,5
Капиталови разходи	48,5	35,6	2,3	8,1	1,9	0,6	

Източник: МФ

Въпреки, че през периода 2009-2011 г. разходите за здравеопазване се задържат на ниво 4.3% от БВП, е налице нарастване на разходите в абсолютна стойност, като увеличението на общите разходи по функция за здравеопазване през 2011 г. спрямо 2009 г. е в размер на 613.2 млн. лв. или 19%. Увеличението на общите разходи за здравеопазване през 2011 г. спрямо предходната 2010 г. е с 246.8 млн. лв. или с 8.2%. Най-голямо е увеличението на разходите за здравно осигуряване (НЗОК), които нарастват от 1 702.7 млн. лв. през 2009 г. на 2 225.5 млн.лв. през 2011 г. или с 23.5% (таблица 4).

Таблица 4. Разпределение на разходите по ведомства

Консолидиран бюджет (по отчет)	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Общо разходи по функция „Здравеопазване” в т.ч.:	2 634, 4	3 000, 8	3 247,6
Общини (вкл. ИБСФ)	231, 0	224, 9	139,6
Социално осигуряване (НЗОК)	1 702, 7	1 979, 3	2 225,5
Министерства и ведомства	696, 4	792, 2	877,8

Източник: МФ

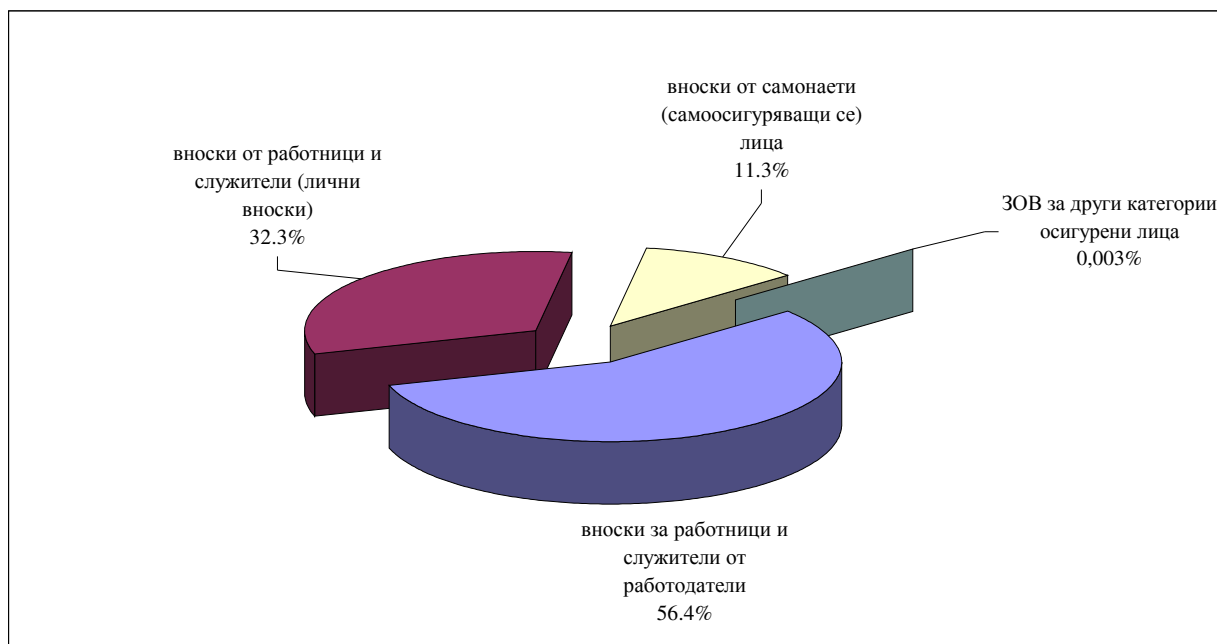
В структурата на общите разходи за здравеопазване най-голям относителен дял заемат разходите на задължителното здравно осигуряване на НЗОК – 68.5%, следвани от разходите от републиканския бюджет – 27%. Относителният дял на разходите за здравеопазване за сметка на общините е едва 4.3%.

Национална здравноосигурителна каса

Приходите по бюджета на НЗОК за 2011 г. възлизат на 1 682.9 млн. лв. или 100.5% от предвидените в Закона за бюджета на НЗОК (ЗБНЗОК) за 2011 г. 1 675.1 млн. лв. Най-съществен дял (99.0%) заемат постъпленията от здравноосигурителни вноски, които са в размер на 1 666.3 млн. лв. или 100.3% от разчета. През 2011 г. отчетените приходи от здравноосигурителни вноски са нараснали с 2.9% спрямо предходната година. Постигнатият ръст в приходите основно е резултат от: номиналното нарастване на средния месечен осигурителен доход за 2011 г. спрямо 2010 г., увеличението на минималните осигурителни прагове по икономически дейности и квалификационни групи професии и увеличението на средния осигурителен доход за осигурените лица изцяло от работодател. В структурата на приходите от здравноосигурителните вноски най-голям относителен дял заемат вноските за работници и служители от работодатели

(939.1 млн. лв.) и личните вноски от работници и служители (538.7 млн. лв.). (фигура 24)

Фигура 24. Структура на приходите от здравноосигурителни вноски към 31.12.2011 година - в %



Източник: НЗОК

За 2011 г. размерът на здравноосигурителната вноска е 8%, като не се променя процентното съотношение за внасяне на здравноосигурителната вноска, спрямо 2010 г., и се запазва в съотношение 60:40, съответно за сметка на работодателя и работника/служителя.

Сериозен проблем за системата остава големият брой здравнонеосигурени лица. Към 31.12.2011 г. броят на неосигурените лица е 1 323 хиляди души, което представлява 17.0%. Към 31.12.2010 г. лицата с прекъснати здравно-осигурителни права са възлезали на 1 266 хиляди души или 16.6% от лицата с избор на личен лекар. Данните показват, че през 2011 г. се отчита ръст с 57 000 души на неосигурените лица, спрямо 2010 г.

Най-висок е дялът на неосигурените лица в област Кърджали – 26.0%, Търговище – 24.2%, Разград, Силистра и Пазарджик – 23.0%. Най-нисък е дялът на неосигурените лица в София-град – 11.9%, София област – 14.2% и Габрово – 14.3%.

Броят на неосигурените лица нараства при нарастване на броя на безработните лица. По данни на НСИ през 2011 г. коефициентът на безработица е 11.4%, като в сравнение със същия период на 2010 г. се увеличава с 0.2 пункта. Съотношението между заетите в частния и общественния сектор, както и разпределението им в малки и големи фирми, също дава отражение върху обхвата на осигурените и размера на средномесечния осигурителен доход. Емиграционните процеси също са съществен фактор, който влияе за измененията в броя на неосигурените лица в страната.

През 2011 г. по бюджета на НЗОК са отчетени неданъчни приходи и помощи в размер на 16.6 млн. лв., което представлява 22.2 % преизпълнение на предвидените със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 г. Високото изпълнение е резултат от контролната дейност на органите на НАП по отношение на некоректните платци на здравноосигурителни вноски и на НЗОК по отношение на отчетените от изпълнителите на медицинска помощ здравноосигурителни дейности.

През 2011 г. НЗОК е получила трансфери за здравно осигуряване от централния бюджет за пенсионери, безработни, социално слаби, лица до 18-годишна възраст и след навършване на тази възраст, ако учат редовно и други лица, осигурени по чл. 40, ал. 3 от ЗЗО, които се осигуряват за сметка на републиканския бюджет в размер на 941.1 млн. лв. През 2011 г. трансферите за здравно осигуряване от централния бюджет са на нивото на предходната бюджетна 2010 г. Трансферите за здравно осигуряване са преведени в пълен размер спрямо планираните по закон средства. През 2011 г. получените трансфери от Министерството на здравеопазването за финансиране на разходите за акушерска помощ по чл. 82, ал. 1, т. 2 от Закона за здравето и за заплащане на разходите по чл. 37, ал. 5 от ЗЗО за 2010 г. са в размер на 6.7 млн. лв.

Със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 г. са утвърдени общо разходи и трансфери в размер на 2 633.7 млн. лв., от които общите разходи са 2 290.6 млн. лв. (в т. ч. текущи разходи в размер на 2 023.4 млн. лв., разходи за придобиване на нефинансови активи в размер на 7.0 млн. лв. и резерв за непредвидени и неотложни разходи в размер на 260.3 млн. лв.) и предоставени трансфери в размер на 343.1 млн.лв.

Общият размер на разходите и трансферите по отчетни данни за 2011 г. възлиза на 2 621.6 млн. лв., което представлява изпълнение от 99.5% от предвидените в ЗБНЗОК за 2011 г. средства. Изпълнението на общите разходи е в размер на 2 278.5 млн. лв. (вкл. 53.0 млн. лв. отчетени като предоставени трансфери към бюджетни предприятия) или 99.5% от разчетените в закона.

С най-голям дял от 98.3% в структурата на общите разходи са разходите за здравноосигурителни плащания.

През 2011 г. на изпълнителите на медицинска помощ са изплатени 2 239.9 млн. лв., в т.ч. 2 186.9 млн. лв. здравноосигурителни плащания и 53.0 млн. лв. трансфери по договори за извършване на медицински услуги за болнична помощ към бюджетни предприятия, в структурата на които има болници по чл. 5 от Закона за лечебните заведения, което представлява 100.2 % спрямо утвърдените със ЗБНЗОК за 2011 г. - 2 234.8 млн. лв. (вкл. 260.3 млн. лв. резерв за непредвидени и неотложни разходи). В отделните направления на здравноосигурителните плащания, вкл. трансферите по договори за извършване на медицински услуги за болнична помощ към бюджетни предприятия, в структурата на които има болници по чл. 5 от Закона за лечебните заведения и разходите за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 5 от ЗЗО за 2010 г. за последното тримесечие на предходната година, изпълнението на бюджета за 2011 г. е следното:

- *Първична извънболнична медицинска помощ* – 158.5 млн. лв.
- *Специализирана извънболнична медицинска помощ* – 163.0 млн. лв.
- *Дентална помощ* – 97.1 млн. лв.
- *Медико-диагностична дейност* – 65.5 млн. лв.
- *Лекарства за домашно лечение и медицински изделия* – сумата, изплатена през 2011 г. за лекарства и медицински изделия е в размер на 524.5 млн. лв., в т.ч. 32.8 млн. лв. останали неразплатени задължения от предходната година (за периода 16 октомври - 15 ноември 2010 г.).
- *Болнична помощ* – през 2011 г. са изплатени общо 1 216.2 млн. лв., в т.ч. 53.0 млн. лв. трансфери по договори за извършване на медицински услуги за болнична помощ към бюджетни предприятия, в структурата на които има болници по чл.5 от Закона за лечебните заведения, 47.6 млн. лв. изплатени дължими средства за месеците юни и юли на 2010 г. и 30.8 млн. лв. за извършена надлимитна дейност през 2010 г., изплатени по решение на Надзорния съвет на НЗОК.

- *Други здравноосигурителни плащания* – 15.2 млн. лв., в т.ч. 3.3 млн.лв. разходи за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 5 от ЗЗО за 2010 г. за четвърто тримесечие на 2010 г.

В структурата на разходите за здравноосигурителни плащания най-голям относителен дял заемат разходите за болнична помощ - 54.3%. Разходваните средства през 2011 г. за здравноосигурителни плащания, в т.ч и предоставените трансфери, са с 247.1 млн. лв. повече спрямо отчета за 2010 г., в т.ч за болнична помощ увеличението през 2011 г. спрямо отчета за 2010 г. е с 80.5 млн. лв.

По бюджета на НЗОК за 2011 г. са утвърдени 48.9 млн. лв. за административни разходи на институцията, които включват разходите за заплати, други възнаграждения и осигуровки на персонала и за текуща издръжка. За годината са отчетени 36.3 млн. лв., което представлява 74.3% от заложените в ЗБНЗОК за 2011 г. Уسوените средства за административни разходи заемат 1.6% в структурата на общите разходи за отчетния период.

Общият размер на капиталовите разходи по отчет за 2011 г. възлиза на 2.3 млн. лв., което представлява 33.2% от предвидените в ЗБНЗОК за 2011 г. 7.0 млн. лв.

През 2011 г. НЗОК е предоставила трансфери на:

- НАП по чл. 24, т. 6 от Закона за здравното осигуряване – такса за обслужване събирането на здравноосигурителни вноски в размер на 3.1 млн. лв.;
- МЗ за заплащане на дейностите по диагностика и лечение на злокачествени заболявания и на болни с бъбречна недостатъчност на диализно лечение, включително осигуряването на лекарствени продукти и медицински изделия, както и други медицински дейности, които през 2010 г. са финансирани чрез бюджета на Министерството на здравеопазването и чрез делегираните от държавата дейности през бюджета на общините – 340.0 млн. лв.;
- бюджетни предприятия, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК за болнична помощ, в структурата на които има болници по чл.5 от Закона за лечебните заведения в размер на 53.0 млн. лв.

Републикански бюджет

Разходите на републиканския бюджет по функция —Здравеопазване през 2011 г. са насочени към финансиране на следните основни приоритети:

- Основни системи на общественото здравеопазване – центрове за спешна медицинска помощ, регионални здравни инспекции, центрове за трансфузионна хематология и др.;
- Национални здравни програми по стратегически здравни приоритети и социално значими заболявания;
- Осигуряване на животоподдържащи и животоспасяващи лекарства и медицински изделия по централна доставка;
- Диагностично-консултативна и лечебна дейност в лечебните заведения, в системата на МЗ, МТИТС, МС, МО и МВР.

По отчет общите разходи за здравеопазване по министерства и ведомства за 2011 г. са следните:

- Министерство на здравеопазването - 705.9 млн. лв.
- Министерски съвет - 28.6 млн. лв.
- Министерство на отбраната - 110.2 млн. лв.
- Министерство на вътрешните работи - 18.6 млн. лв.
- Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията - 9.1 млн. лв.
- Министерство на регионалното развитие и благоустройството - 0.4 млн. лв.

- Министерство на физическото възпитание и спорта - 0.2 млн. лв.

Прякото участие на Министерство на здравеопазването във финансирането на здравната система през 2011 г. следваше изпълнението на стратегическите цели и се осъществяваше в рамките на следните основни политики (таблица 5):

- Политика в областта на промоцията, превенцията и контрола на общественото здраве, насочена към осъществяване на ефективен здравен контрол и ограничаване на заболяемостта
- Политика в областта на диагностиката и лечението насочена към осигуряване на достъпна и качествена медицинска помощ и услуги
- Политика в областта на лекарствените продукти и медицинските изделия, насочена към осигуряване на навременен достъп до лекарства и медицински изделия, които отговарят на стандартите за качество, безопасност и ефективност

Таблица 5. Разпределение на разходите по програмното бюджетиране на МЗ (хил. лв.)

ОТЧЕТ НА РАЗХОДИТЕ	Отчет 2010	Отчет 2011	Разлика 2011-2010
Общо разходи на ПРБК	590 794,4	718 099,3	127 304,9
Политика в областта на ПРОМОЦИЯТА, ПРЕВЕНЦИЯТА И КОНТРОЛА НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ	93 705,4	113 843,7	20 138,3
<i>Програма 1 «Здравен контрол»</i>	19 219,8	21 504,90	2 285,1
<i>Програма 2 «Профилактика на незаразните болести»</i>	9 205,6	9 019,8	-185,8
<i>Програма 3 «Профилактика и надзор на заразните болести»</i>	60 151,9	77 944,7	17 792,8
<i>Програма 4 «Вторична профилактика на болестите»</i>	3 644,7	3 625,2	-19,5
<i>Програма 5 «Намаляване търсенето на наркотици»</i>	1 483,4	1 848,1	364,7
Политика в областта на ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО	348 222,8	497 067,3	148 844,5
<i>Програма 6 «Извънболнична помощ»</i>	4 845,9	3 058,1	-1 787,8
<i>Програма 7 «Болнична помощ»</i>	91 817,4	244 429,3	152 611,9
<i>Програма 8 «Диспансери»</i>	15 697,8		-15 697,8
<i>Програма 9 «Спешна медицинска помощ»</i>	76 903,5	84 102,4	7 198,9
<i>Програма 10 «Трансплантация на органи, тъкани и клетки»</i>	3 298,4	4 067,1	768,7
<i>Програма 11 «Осигуряване на кръв и кръвни съставки»</i>	12 115,8	16 150,1	4 034,3
<i>Програма 12 «Медикосоциални грижи за деца в неравностойно положение»</i>	30 893	33 418,7	2 525,7
<i>Програма 13 «Експертизи за степен на увреждания и трайна неработоспособност»</i>	6 689,9	7 480,2	790,3
<i>Програма 14 «Хемодиализа»</i>	49 913,9	62 209,1	12 295,2
<i>Програма 15 «Други медицински услуги»</i>	308,5		-308,5
<i>Програма 16 «Интензивно лечение» /през 2011 г. тази програма е с №15, поради закриване на 15- п-ма/</i>	55 648,8	42 152,3	-13 496,5
Политика в областта на ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ И МЕДИЦИНСКИТЕ ИЗДЕЛИЯ	141 099,0	94 745,4	-46 353,6
<i>Програма 17 «Достъпни и качествени лекарствени продукти и медицински изделия»/ през 2011 г. е с №16/</i>	141 099,0	94 745,4	-46 353,6
<i>Програма 18 «Администрация» /през 2011 г е с №17/</i>	7 857,2	12 442,9	4 585,7

Източник: МЗ

И през 2011 г. МЗ субсидира лечебните заведения за болнична помощ с държавно и общинско участие въз основа на договор за дейности, които са определени като държавна отговорност по критерии и ред, определени от министъра на здравеопазването, в съответствие с чл. 82 от Закона за здравето. За осъществяване на дейности по интензивното лечение, продължаващо лечение и рехабилитация на туберкулоза, диспансерна дейност, издаване на експертни решения на ТЕЛЖ, извършени диализи, изследвания и диагностика с високотехнологична апаратура на преобразуваните лечебните заведения за болнична помощ са предоставени субсидии от държавния бюджет въз основа на методика в размер на 260 млн.лв.

Съществен дял от разходите за здравеопазване по републиканския бюджет, чрез бюджета на МЗ, заемат разходите по централна доставка на лекарствени продукти, консумативи, биопродукти, медицински изделия, радиоактивни изотопи, тестове за СПИН и хепатит и др., които се осигуряват чрез бюджета на МЗ и гарантират ангажимента на държавата по отношение на лечението на онкоболни и други, страдащи от тежки хронични и социално значими заболявания. По отчет тези разходи възлизат на 164.0 млн. лв., от които 90.3 млн. лв. са за скъпоструващи лекарства по Наредба 34/2005 г. за реда за заплащане от републиканския бюджет на лечението на българските граждани за заболявания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.

Чрез бюджета на МЗ се финансират основните системи на общественото здравеопазване - центровете за спешната помощ, регионалните здравни инспекции, центровете по трансфузионна хематология.

Чрез бюджета на МЗ се извършват и разходите по национални програми, приети с решения от МС, свързани с превенция, профилактика и лечение на значими заболявания, определени като национални здравни приоритети.

През 2011 г. са финансирани общо 8 национални програми, като разходите за тях са в размер на 7.4 млн. лв. Основната част от тези средства са за лекарства и консумативи, свързани с лечение и превенция на социално значими заболявания.

В разходите на МЗ се включва и Център „Фонд за лечение на деца“, който осъществява дейности, свързани с организационно и финансово подпомагане на български граждани на възраст до 18 години, които се нуждаят от диагностични и лечебни процедури, за които няма условия за извършването им в страната, лечение на редки заболявания, трансплантация на стволови клетки при хематологични заболявания. През 2011 г. със средства в размер на 8.9 млн.лв. от Фонда са изпратени на лечение в чужбина 387 деца, а чрез Център „Фонд за асистирана репродукция“ в рамките на 14.8 млн.лв. са лекувани 3 236 пациенти с репродуктивни проблеми. От бюджета на МЗ на лечение в чужбина са изпратени 92 български граждани, за които в страната няма достатъчно ефикасни средства, апаратура, методи за лечение и специалисти.

През 2011 г. се наблюдава редуциране на просрочените задължения на лечебните заведения – търговски дружества, субсидирани чрез бюджета на МЗ. По отчет просрочените задължения са 79.4 млн. лв. при 88.0 млн. лв. в края на 2010 г., което представлява намаление от 10%.

През годината лечебните заведения за болнична помощ към МО, МС, МТИТС, МФВС и МРРБ са изразходвали 167.2 млн. лв. за своята дейност, включително средствата за изпълнени клинични пътеки по договори за болнична помощ с НЗОК.

Общини

По общинските бюджети за функция „Здравеопазване” са отчетени разходи в размер на 139.6 млн. лв. или 104.3% от предвидените по разчетите към ЗДБРБ за 2011 г.

Отчетените текущи разходи за тази функция са в размер на 131.5 млн. лв., което е 115.7% (17.9 млн. лв.) спрямо разчетените със закона и 62.6% спрямо отчетените към 31.12.2010 г. Превишението на отчетените средства спрямо закона се дължи на допълнителните средства за лекарства на ветераните от войните, военноинвалидите и военнопострадалите, за пътните разходи на правоимащите болни, за изпълнение на чл. 34, ал. 1 на Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза за работоспособността и на регионалните картотеки на медицинските експертизи, както и на преходни остатъци от минали години.

Отчетените капиталови разходи по функцията са в размер на 8.1 млн. лв.

Разпределението на разходите във функция „Здравеопазване: по общинските бюджети е както следва:

за делегирани от държавата дейности:

- *текущи разходи* - разчетените средства по закон са в размер на 94.0 млн. лв., а извършените разходи са 90.6 млн. лв. или 96.4%. Изпълнението е 53.1% спрямо отчета за 2010 г. Тук се включват разходите за заплатите и осигурителните вноски на персонала в детските ясли и детските кухни, разходите за здравни кабинети в детските градини и училища, здравни медиатори, лекарства за ветераните от войните, военноинвалидите и военнопострадалите, пътни разходи на правоимащи болни, средствата за командироване на експертите от ТЕЛК от друга община. С най-голям относителен дял по функцията са отчетените разходи за заплати 69.6%, следвани от тези за издръжка – 13.0%. По отчетни данни за 2011 г. общините са дофинансирали държавните дейности със собствени приходи общо в размер на 2.2 млн. лв.

- *капиталови разходи* - отчетени са 1.1 млн. лв. (в т.ч. 0.4 млн. лв. дофинансиране) или 13.7% от общия размер по отчет.

за местни дейности:

- *текущи разходи* - отчетени са текущи разходи в размер на 39.0 млн. лв., което е 198.7% (19.4 млн. лв.) спрямо закона и ръст от 5.9% спрямо отчетените за 2010 г. Увеличението на разходите се дължи основно на отчетените субсидии за болнична помощ, които не са предвидени по закон. Тук се включват разходите за издръжка на детските ясли и детските кухни и средствата по решение на общинския съвет за осъществяване на болнична помощ за дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване или програми.

- *капиталови разходи* - отчетените разходи са в размер на 7.0 млн. лв.

3.4. Човешки ресурси

В края на 2011 г. по данни на НСИ⁴⁶ на основен трудов договор в лечебните и здравните заведения в страната практикуват 28 411 лекари, което е увеличение с 1.4% спрямо предходната 2010 г., когато техният брой е бил 27 997 лекари. Лекарите по дентална медицина са 6 655. Специалистите по здравни грижи са 47 427, от тях 31 609 са медицински сестри. В лечебните и здравните заведения на основен трудов договор работят и 37 378 души друг персонал с немедицинско образование. (Приложения – таблица 29)

⁴⁶ Статистическа панорама 2011 г. НСИ www.nsi.bg

През 2011 г. осигуреността с лекари спрямо 2010 г. се увеличава – от 37.3‰ на 10 000 души на 38.8 и надвишава средните европейските показатели (ЕС – 31.5 на 10 000). (Приложения – таблица 30)

От работещите в страната 28 411 лекари през 2011 г., 5849 (20.5%) работят в лечебните заведения в София-град. Над половината от работещите лекари в страната (52.3%) са концентрирани в 6 области, в които освен София-град влизат Пловдив (10.5%), Варна (7.5%), Стара Загора (5%), Плевен (4.7%) и Бургас (4%). (Приложения – таблица 31).

Налице са значителни междуобластни различия в осигуреността: с лекари - от 50 на 10 000 души в Плевен; 45.1‰ за София-град и 45.0‰ във Варна и до 25.6‰ в област Разград и 26.6‰ в област Кърджали.

Сред работещите лекари в края на 2011 г. най-голям е дялът на общопрактикуващите лекари - 4 697 или 16.5% от всички практикуващи лекари в страната. Специалистите, практикуващи по специалностите Хирургия и Вътрешни болести, са съответно 1 474 и 1 467 (по 5.2%). В структурата на лекарите по специалности следват Анестезиология и интензивно лечение (1 439 или 5.1%), Детски болести (1 423 или 5.0%) и Акушерство и гинекология (1 386 или 4.9%).

През 2011 г. осигуреността с психиатри у нас е 8‰, стойност съпоставима със средната за ЕС – 9‰ (Световна банка, 2000), но териториалното им разпределение е неравномерно.

През 2011 г. работещите лекари по дентална медицина са се увеличили от 6 355 през 2010 г. на 6 655. Осигуреността с лекари по дентална медицина нараства на 9.1 на 10 000 души през 2011 г., при показател за ЕС – 6.6‰. Варирането на показателя е от 14.3‰ в Пловдив и 12.2‰ в София-град до 5.1‰ за София област и 5.3 за области Търговище и Разград.

През 2011 г. намалява показателят за брой население на 1 лекар в България - 258 души, а на 1 лекар по дентална медицина - 1101 души.

През 2011 г. известно намаление се наблюдава при специалистите по здравни грижи, които през 2010 г. са били 47 468 души, и намаляват до 47 427 души, което формира осигуреност от 64.7 на 10 000 души.

Възрастовата структура на лекарите показва, че 48.4% са във възрастовата група 46-60 години и 20.1% над 60 години, което показва застаряване на практикуващите лекари. (Приложение – фигура 8)

В структурата на лекарите по пол, относителният дял на жените значително превишава този на мъжете, като 55.6% от практикуващите лекари са жени. (Приложение – фигура 9)

Възрастовата структура на медицинските специалисти за здравни грижи показва също застаряване – 44.9% са във възрастовата група 46-60 години и 14.6% са над 60 годишна възраст (Приложение – фигура 10).

Обучението на медицинските специалисти в Република България през 2011 г. се провежда в 8 висши училища. Данните на МЗ за приема на студенти през учебната 2011/2012 година показват, че броят на местата по специалности е както следва: Медицина – 612 (за учебната 2010/2011 г. – 558), Дентална медицина – 256 при 216 за 2010/2011 г., Фармация – 210 при 214 за 2010/2011 г., Обществено здраве – 700 при 562 за 2010/2011 г., Здравни грижи (без медицинска сестра и акушерка) – 333 при 685 за предходната учебна година, Медицинска сестра – 386 при 370 за предходната учебна година и Акушерка – 123 при 155 за предходната учебна година. Продължителността и съдържанието на обучението са синхронизирани с общностното право.

Данните показват, че и през 2011 г. утвърдените места за студенти по „медицина“ са повече от местата за студенти по специалност „медицинска сестра“,

въпреки приетото за оптималното съотношението медицински сестри:лекари минимум 2:1.

По данни на Министерството на здравеопазването за последните 5 години са завършили едва 1412 лекари – български граждани, а за последните 10 години – 3424.

През 2011 г. утвърденият брой места за специализанти от Министерството на здравеопазването значително надхвърля броя на кандидатите за такова обучение с цел осигуряване на възможност за професионално развитие на всички медицински специалисти. Специален акцент е поставен върху специалностите, при които се очертава недостиг на специалисти.

Утвърдените през 2011 г. места за специализация са: лекари – 1043 при 1 577 за 2010 г., лекари по дентална медицина – 56 при 57 за 2010 г., фармацевти – 62 при 9 за 2010 г., здравни грижи – 31 при 118 за 2010 г., немедици – 106 при 158 за 2010 г., медицинско и немедицинско образование – 52 (при 38 за 2010 г.), военномедицински специалности – 14 при 5 за 2010 г.

Общият брой места за специализанти за 2011 г. е 1 364 при 2045 през 2010 г., от които 100 финансирани от държавата, 486 места по реда на чл. 20 от Наредба № 34 от 2006 г., 412 места срещу заплащане и 351 – за чужденци. Заетите места са 537, или едва 39.3% от утвърдените места. По-малкият общ брой места за специализанти за 2011 г. е резултат на запълнения капацитет на обучаващите институции, провеждащи практическо обучение поради големия брой места, утвърдени през предишните години; по-малък брой предложени места за специализанти от обучаващите институции; финансовите възможности на Министерството на здравеопазването и лечебните заведения.

Отпуснатите места за прием през 2011 г. по Наредба № 15 от 2008 г. за придобиване на специалност “Обща медицина” от общопрактикуващите лекари са 972, от тях заети са 172 или само 17.6%.

Планираните средства за финансиране на обучението за придобиване на специалност на местата, финансирани от държавата и за финансиране на обучението за придобиване на специалност „Обща медицина” от общопрактикуващите лекари за 2011 г. са в размер на 8 056 000 лв.

През 2011 г. общият брой на специализантите по реда на Наредба № 34 от 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, приети през 2008 г., 2009 г., 2010 г. и 2011 г. са 3 253, като са заети по-малко от 30% от утвърдените места за лекари-специализанти. Една от основните причини е намаленият брой лекари, завършващи през последните години в резултат на редуцирания прием на студенти по медицина.

През 2011 г. Министерът на здравеопазването като компетентен орган за признаването на професионална квалификация по медицински професии е признал професионални квалификации по регулирани медицински професии и специалност в областта на здравеопазването, както следва: на 17 лекари, на 13 лекари по дентална медицина, на 77 магистър-фармацевти, на 1 помощник-фармацевт и 22 специалности. Признатата професионална квалификация „магистър-фармацевт“ в над 90% е придобита в трети държави.

Издадените през 2011 г. удостоверения за придобита професионална квалификация и специалност в Р България с цел упражняване на регулирана медицинска професия на територията на държави – членки на ЕС, държавите от ЕИП и Швейцария за 2011 г. са общо 1314, разпределени както следва: издадени са 628 удостоверения на лекари, придобили квалификацията си в Р. България, от които 524 на български граждани и 103 на граждани на други държави; на медицински сестри са издадени 355 удостоверения, от които 353 за българи и 2 чужденци; на лекари по

дентална медицина – 163; на фармацевти – 33; на акушерки – 56; медицински лаборанти – 12; рентгенови лаборанти – 16; рехабилитатори – 12; инспектор по обществено здраве – 2; фелдшери – 15; масажист – 1; зъботехници – 9; помощник-фармацевти – 4. Най-много удостоверения на лекари със специалност са издадени по специалностите „Вътрешни болести”, „Хирургия” и „Анестезиология и интензивно лечение”.

Следва да се отбележи, че издаването на удостоверение не е еквивалентно на заминаване и започване на работа в друга държава, а на намерение/желание за потенциалната емиграция, поради което от броя на издадените удостоверения не може да се направи извод колко от медицинските специалисти през 2011 г. действително са започнали работа по специалността си в друга държава, тъй като действащата нормативна уредба не предвижда задължение за медицинските специалисти да уведомяват административен или друг орган за напускането на страната с цел упражняване на професията в друга държава или за неупражняването ѝ у нас.

3.5. Лечебни заведения

3.5.1. Първична извънболнична помощ

Към 31.12.2011 г. по данни на РЗИ и НЦОЗА в Република България са осъществявали дейност 8 902 заведения за първична извънболнична помощ, от които 3 788 лечебни заведения за първична медицинска помощ и 5 114 лечебни заведения за първична дентална помощ. (Приложение – таблица 32)

Лечебните заведения за първична извънболнична медицинска помощ през 2011 г. намаляват с 26 броя спрямо 2010 г., като преобладава като форма на организация на работа индивидуалната практика – 3 569 индивидуални практики за първична медицинска помощ, което съставлява 95.61% от функциониращите практики и 83% от работещите в тях общопрактикуващи лекари.

Груповите практики, които дават по-добри възможности за осигуряване на качествена първична извънболнична помощ, са 219 (4.39%), за разлика от европейските страни, където съотношението е в полза на груповите практики.

Първична извънболнична медицинска помощ

Общата осигуреност на населението в Република България с лекари в първичната извънболнична помощ през 2011 г. е 6.8 общопрактикуващи лекари (ОПЛ) на 10 000 души население, а средният брой население на 1 ОПЛ е 1508 души. (Приложение – таблица 33).

През 2011 г. по договор с НЗОК⁴⁷ са работили 4 996 общопрактикуващи лекари, при общ брой лекари за първична медицинска помощ по изискванията на Национална здравна карта (НЗК) – 5010, т.е. изпълнение на 99.7%.

Анализът на данните показва, че НЗОК е осигурила сключване на договор при 100% покритие на практиките по НЗК в големите области – София, Пловдив, Варна. Под 80% е изпълнението на НЗК в областите Търговище, Кърджали, Силистра.

Броят на практиките в райони с неблагоприятни условия, с които НЗОК е сключила договор са 841. Незаетите практики през 2011г. са 533, предимно в отдалечени и труднодостъпни населени места.

⁴⁷ Годишен отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2011 г.

По данни на НЗОК лицата, направили избор на ОПЛ са общо 7 576 225. Налице е увеличение за страната от 3 371 (ръст 0.05%) в сравнение с предходната 2010 г.

Здравнонеосигурените лица, избрали ОПЛ са 1 318 134 през 2011 г. при 1 267 023 през 2010 г., т. е. броят им се е увеличил с 51 111 (ръст 4.03%). (Приложение – фигура 11)

Средномесечният брой здравноосигурени лица с непрекъснати здравноосигурителни права, обслужвани от един ОПЛ намалява и е 1 343. Най-нисък този показател е в област Плевен – 1 082 здравноосигурени лица и Област Добрич - 1 113 здравноосигурени лица, а най-висок е в област Разград – 1 859 здравноосигурени лица, област Кърджали - 1 834 здравноосигурени лица и Област Русе - 1 754 здравноосигурени лица.

Средномесечният брой регистрирани от ОПЛ деца от 0 до 1 годишна възраст е 63.5 хиляди, а средномесечният брой профилактични прегледи за 100 деца от 0 до 1 годишна възраст е 82.6 прегледа. Най-малко прегледи за извършената дейност отчитат в област Видин – 57.13 и Кюстендил – 68.32, а най-голям брой прегледи от 0 до 1 годишна възраст отчитат Пловдив – 91.03 и Смолян – 90.58 прегледи

Средномесечният брой на профилактичните прегледи за 100 деца от 1 до 2 годишна възраст е 26.3, от 2 до 7 годишна възраст – 12.97 и от 7 до 18 годишна възраст – 7.15. (Приложение – таблица 34)

Относителният дял на обхванатите с профилактични прегледи лица над 18 години през 2011 г. е 35%. Налице са значителни различия между отделните области по отношение на обхвата на профилактичните прегледи, като в някои области той е над средния за страната – В.Търново – 46%; Пловдив – 45%, Пазарджик – 42%, докато в областите Силистра, Перник и Габрово обхванатите с профилактиката здравноосигурени лица са много под средното ниво за страната. (Приложение – фигура 12)

Намалява броят на бременните жени, наблюдавани от ОПЛ – 42 583, дължащо се на направения избор, наблюдението на бременността да се извършва от лекар - специалист по „акушерство и гинекология“. Едва 4.6% от бременните са избрали ОПЛ, което да извършва профилактичното наблюдение по програмата „Майчино здравеопазване“, предимно в области, където е затруднен достъпът до специализирана медицинска помощ – Благоевград, Враца, София област. (Приложение – фигура 13)

Броят на диспансеризираните от ОПЛ лица над 18 г. е 1 552 835, като се наблюдава увеличаване на броя на диспансерните прегледи спрямо нивата от 2010 г. поради преминаването на повече диагнози за диспансерно наблюдение към заплащаните дейности на ОПЛ.

По данни на НЗОК средномесечният брой диспансеризирани лица на 100 лица над 18 годишна възраст е 22.5, като най-висок е в областите Враца - 32 % и Велико Търново – 30.7 %, а най-нисък в София област – 14.6 % и София град– 17.9 % (Приложение – фигура 14)

Извършени са 1 154 хил. имунизации на деца до 18 годишна възраст и 235 хил. имунизации на лица над 18 годишна възраст, като се отчита незначителен спад спрямо 2010 г. (Приложение – фигура 15)

За първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП) през 2011 г. са изплатени 158 453 хил. лева. Тези разходи представляват 93.8% от предвидените със Закона за бюджета на НЗОК 169 000 хил. лева и 99.5% от уточнения годишен план в размер на 159 276 хил. лева. Увеличението на разходените средства за ПИМП през 2011 г. е 2% в сравнение с 2010 г.

Средствата, изразходвани за ПИМП, представляват 7.1% от общо направените разходи за здравноосигурителни плащания през 2011 г.

Средствата за капитация съставляват 55% от стойността на извършената в ПИМП дейност.

Заплатените средства по програма “Детско здравеопазване” възлизат на 20 888 хил. лв. и съставляват 13.2% от изразходваните средства за ПИМП.

Заплатените средства по програма „Майчино здраве” възлизат на 56.5 хил. лева и съставляват 0.04% от разходваните средства за ПИМП. Ниската стойност на разходите за профилактичното наблюдение на бременните и майките се дължи на направения избор на здравноосигурени лица, наблюдението на бременността да се извършва от лекар - специалист по „акушерство и гинекология” и много по-малко от изпълнител на ПИМП.

За диспансерно наблюдение са заплатени 21 926 хил. лв. или 13.84% от средствата за ПИМП.

През 2011 г. за неблагоприятни условия на работа са заплатени общо 4 019 хил. лв. или 2.54% от разходваните средства за ПИМП, при оптималния размер на плащанията за практики определени като неблагоприятни за годината в размер на 5 000 хил. лв. за 2011 г. Средномесечният брой практики, на които са заплатени средства за работа при неблагоприятни условия са 860, при регистрирани 1 035 такива за цялата страна.

През 2011 г. се въведе нов вид заплащане на капитационен принцип, като заплатените средства за осигуряване на постоянен денонощен достъп за медицинска помощ на здравноосигурени лица възлизат на 5 180,9 хил. лева и съставляват 13.27% от изразходваните средства за ПИМП.

Заплащане за осигуряване на постоянен денонощен достъп на здравноосигурени лица до медицинска помощ са получили 66% от практики изпълнители на ПИМП, като този процент е най-висок в Кюстендил - 90%, София град – 88% и Пловдив - 87%, най-нисък в Монтана - 4% и София област – 24%.

Увеличението на цените на голяма част от медицинските услуги, оказвани от изпълнители на ПИМП, води до по-високия средномесечен доход на един изпълнител и бележи ръст от 11.2%. (Приложение – фигура 16)

Първична извънболнична дентална помощ

През 2011 г. средномесечният брой на лекари по дентална медицина, изпълняващи дейности по договор с НЗОК е 5 475, при 5 371 през 2010 г.

Средно за страната на 10 000 здравноосигурени лица се падат 7.8 лекари по дентална медицина, като най-много са в област Пловдив – 11.8, Видин – 10.6, Смолян – 10.3, а най-малко в София област – 5.2, Разград и Търговище – 5.6. (Приложение – фигура 17).

Средномесечният брой дейности на 100 здравноосигурени лица извършени от изпълнители на първична дентална медицинска помощ през 2011 г. възлиза на 6.9 дейности. Най-голям брой дейности на 100 лица през 2011 г. са извършени в Пловдив – 8.9 дейности, Кърджали и Благоевград – 8.8 дейности, а най-нисък в София област – 4.9 дейности, Бургас – 5.6 дейности, Силистра – 5.8 дейности.

През 2011 на 100 здравноосигурени лица от подлежащото на профилактика население от 2 до 18 години – 31% е упражнило правото си на преглед. Средно за страната на всеки 10 профилактични прегледа до 18 години са извършени 19.1 манипулации - obturation с амалгама или химичен композит и 3.17 манипулации – за лечение на пулпит на постоянен зъб. (Приложение – фигура 18).

Средно за страната 28.0% от населението над 18 години е упражнило правото си на профилактичен преглед през 2011 г. Средно за страната на всеки профилактичен преглед над 18 години са извършени 1.7 манипулации

Заплатените през 2011 г. средства за първична извънболнична дентална помощ (ПИДП) са в размер на 94 941 хил. лв. или 97.83% от общия разход за дентална помощ.

Средномесечният разход на 100 здравноосигурени лица за първична извънболнична дентална помощ за 2011 г. е 127.9 лева.

Средната цена на дейност, извършена от общопрактикуващите лекари по дентална медицина, за 2011 г. възлиза на 18.48 лева.

За неблагоприятни условия на работа през 2011 г. са заплатени 373 хил. лв. или 0.38% от разхода за извънболнична дентална помощ. (Приложение – таблица 35)

3.5.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ

През 2011 г. специализираната извънболнична медицинска помощ в страната се осъществява от 4 837 лечебни заведения, от които: 121 диагностично-консултативни центъра, 559 медицински центъра, 146 групови практики за специализирана медицинска помощ, 2 858 индивидуални практики на лекари-специалисти.

Специализираната извънболнична помощ по дентална медицина се осъществява от 49 дентални центъра, 62 индивидуални специализирани практики по дентална медицина и 1 групово практика по дентална медицина.

През 2011 г. функционират и 35 медико-дентални центъра и 1006 самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории. (Приложение – таблица 32)

С най-голям брой разкрити лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ са София-град и областите Пловдив и Варна.

По данни на РЗИ през 2011 г. в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ са работили 9 689 лекари от различни специалности, при минимален брой по Национална здравна карта 5 028.

По данни на НЗОК, специалистите, сключили договор с нея, са 8 877. Голяма част от посочените като работещи в лечебни заведения за извънболнична помощ лекари са болнични специалисти, които осъществяват дейност и в извънболничната помощ, или специалисти, работещи в повече от едно лечебно заведение.

По видове специалности най-голям е броят на работещите в извънболничната помощ специалисти по специалностите „акушерство и гинекология“ – 1018, „детски болести“ – 816, „неврология“ – 807 и „хирургия“ – 743.

През 2011 г. средномесечно по договор с НЗОК работят 8 486 специалиста. Най-висока осигуреност със специалисти има в София град и Габрово – 17.1 специалиста на 10 000 лица, област Плевен – 16.1‰. Най-ниска осигуреност има в Ямбол – 9.2‰, Силистра, Благоевград, Кърджали – 8.9‰.

Лекарите-специалисти в извънболничната медицинска помощ, сключили договор с НЗОК са извършили 8 118 383 първични прегледа и 4 490 256 вторични прегледа.

Профилактичните прегледи по програма „Детско здравеопазване“ са 32 008, а по програма „Майчино здравеопазване“ – 398 996.

През годината са извършени и 1 054 887 прегледа на диспансеризирани лица.

Средномесечният брой дейности, извършени от изпълнители на СИМП на 100 лица през 2011 г. възлиза на 21.6, като се отчита увеличение с 4.9% спрямо 2010 г.

Средномесечният брой първични посещения при лекар-специалист, сключил договор с НЗОК, през 2011 г. е 577.3 хил., а средномесечният брой първични прегледи на 1 000 лица за страната през 2011 г. е 87 прегледа.

Средствата за първични посещения съставляват 64.6% от разхода за специализирания пакет дейности.

Средномесечният брой първични прегледи за консултация и съвместно лечение през 2011 г. е 494 хил. при 464 хил. през 2010 г. или 86% от всички първични прегледи.

Средномесечният брой първични консултации на 1 000 здравноосигурени лица за страната през 2011 г. е 75 консултации, като най-висок е в областите Пловдив, Варна, София град; а най-нисък в Силистра, София област Кюстендил.

Средномесечният брой първични прегледи при педиатър на здравноосигурени лица от 0 до 18 годишна възраст, по повод остри състояния през 2011 г. възлиза на 57.4 хил. при 53.7 хил. през 2010 г. или 10% от всички първични прегледи.

Структурата на първичните посещения по пакети през 2011 г. се запазва постоянна в сравнение с предходните години, като първичните прегледи по пакети “Кардиология”, “Офталмология”, “Педиатрия”, “Неврология” и “АГ” съставляват над 54% от първичните прегледи. (Приложение – фигура 19)

Средномесечният брой вторични посещения заплащани от НЗОК през 2011 г. е 362.2 хил. На всеки 100 първични прегледа са извършени 62.7 вторични прегледа.

Вторичните прегледи по пакети “АГ”, “Кардиология”, „Педиатрия”, “Ендокринология”, “Неврология” и “Офталмология” съставляват 66.2% от вторичните посещения. (Приложение – фигура 20)

Средномесечният брой прегледи на диспансеризирани лица през 2011 г. е 85.2 хил., при 83.3 хил. през 2010 г.

Средномесечният брой физиотерапевтични курсове е 17.5 хил., като се отчита увеличение на тази дейност с 5%. На всеки физиотерапевтичен курс са извършени 20 процедури през 2011 г. (Приложение – фигура 21)

През 2011 г. по Програмата “Детско здравеопазване” средномесечно са отчетени и заплатени 2 880 прегледа, като в област Русе, Пазарджик, Сливен и Търговище няма отчетени прегледи.

Средномесечният брой прегледи по Програма „Майчино здравеопазване” възлизат на 32.7 хил. прегледа през 2011 г., като на 1000 здравноосигурени лица за 2011 г. са отчетени 5 прегледи.

Средномесечният брой ЛКК прегледи през 2011 г. е 65.1 хил., като се отчита намаление на тази дейност с 11.2%. Средномесечният брой ЛКК прегледи на 1 000 лица за страната през 2011 г. е 10. (Приложение – фигура 22)

Средномесечният брой високоспециализирани дейности (ВСД), заплащани от НЗОК, през 2011 г. е 40 хил., а през предходната година средномесечно са извършвани по 38 хил. ВСД прегледа. Отчита се увеличение на извършени дейности с 2%.

Заплатените средства за ВСД по пакети “Кардиология”, “Неврология” и “Офталмология” съставляват 76.7% от разхода за тази дейност. (Приложение – фигура 23)

Извършените и заплатени ехокардиографии са 41% от всички ВСД, а електроенцефалографиите (ЕЕГ) са 9.9% от всички ВСД и плащанията за тях съставляват 7.7 % от разхода за високоспециализирани дейности в СИМП.

Медико-диагностична дейност(МДД)

През 2011 г. за медико-диагностична дейност са изразходвани 65 520 хил. лв. или 91.6% от предвидените със Закона за бюджета на НЗОК -71 500 хил. лв. и 99.5% от уточнения годишен план в размер на 65 876 хил. лв. Разходът за МДД представлява 3.0% от общо направените разходи за здравноосигурителни плащания..

От общо изплатените средства за медико-диагностична дейност през 2011 г. най-голям е дялът за клинично-лабораторните изследвания – 34 355 хил. лв. или 52.4%, следвани от рентгенологичните изследвания – 24 551 хил. лв. или 37.5% и клинично-микробиологични изследвания– 3 511 хил. лв. или 5.4%. Заплатените средства по тези три пакета представляват 95.3% или 62 417 хил. лв. от изразходваните средствата по параграфа (Приложение – фигура 24).

Средномесечният брой на работещите по договор с НЗОК лечебни заведения за медико-диагностични дейности през 2011 г. е 621, като най-голям е броят в София град - 125, Пловдив - 50 и Варна - 39, а най-малък в Смолян – 7, Силистра и Видин - 8.

Средномесечният брой медико-диагностични дейности през 2011 г. е 1 631 хил. Средномесечният брой медико-диагностични дейности на 100 лица през 2011 г. е 25.86.

Средномесечният брой изследвания по специализиран пакет клинична лаборатория на 100 здравноосигурени лица за 2010 г. е 22.25, като този показател е най-висок в София град – 28.50, Пловдив – 27.40, Варна – 26.26, най-нисък в Кърджали – 11.30, София област – 13.58 и Силистра – 14.42.

Средномесечният брой изследвания по пакет рентгенология (вкл. ВСМДИ) на 100 здравноосигурени лица по месец на дейност през 2011 г. е 2.27. Този показател е най-висок в област В.Търново – 2.91, област Сливен – 2.72 и област Русе – 2.61 а най-нисък в област Силистра – 1.24, област Разград – 1.63 и област Ловеч – 1.87.

Броят на извършените изследвания с ядрено-магнитен резонанс 26 хиляди изследвания, като за дейността през 2011 г. са заплатени 4 777 хил. лева или 19.2% от средства за рентгенологични изследвания.

За Компютърна аксиална или спирална томография за дейността през 2011 г. са заплатени 3 538 хил. лв. за 56 хил. изследвания или 14.2% от средствата за рентгенологични изследвания. Изследването се извършва на територията на всички области.

Средномесечният брой изследвания по пакет клинична микробиология на 100 здравноосигурени лица за 2010 г. е 0.69, а през 2011 г. е 0.78.

Потреблението на медико-диагностични дейности през 2011 г. се регулираше чрез действието на механизми за определяне и разпределението на направлението на базата на регионалните потребности (посредством определяне на прогнозната стойност на всеки изпълнител за МДД).

3.5.3. Болнична медицинска помощ

По данни на НСИ и НЦОЗА, към 31.12.2011 г. болничният сектор в страната включва 315 лечебни заведения за болнична помощ, от които 226 са публична собственост (държавна и общинска, в т.ч. и 18 болници към други ведомства) и 89 са частна собственост, което формира смесена публично-частна система за болнична помощ. (Приложение – таблица 32) Освен тях през 2011 г. стационарна дейност осъществяват и други лечебни заведения, възникнали чрез преобразуване на бившите диспансери – 7 комплексни онкологични центъра, 12 центъра за психично здраве и 9 центъра за кожно-венерически заболявания със стационар. С това общият брой на заведенията, осигуряващи болнично лечение е 343, при 346 болничните заведения (в т.ч. диспансери) през 2010 г.

През 2011 г. лечебните заведения за болнична помощ разполагат с 44 164 болнични легла (Приложение – таблица 36). Броят на разкритите легла в другите лечебни заведения (КОЦ, ЦПЗ, ЦКВЗС) е 2580, с което общият брой на леглата в болничния сектор достига 47 391. Намалението на болничните легла прямо предходната 2010 г. е с 1543 легла или 3.2%

Осигуреността на населението с болнични легла през 2011 г. е 64.7 на 10 000 души при стойности на показателя през 2010 г. 65.2 на 10 000 души.

В структурата на публичните лечебни заведения за болнична помощ през 2011 г. доминират многопрофилните болници - 120 (при 121 през 2010 г.) или 57.7%, следвани от специализираните болници - 76 (при 77 през 2010 г.) или 36.5%. Специфичен дял в структурата на болничните заведения заемат 12 държавни психиатрични болници - 5.7%.

През 2011 г. общият леглови фонд в публичните болници е 35 785 легла, от които 71.2% в структурата на многопрофилните болници (25500 легла), 22% в специализирани болници (7837 легла) и 6.8% (2448 легла) в заведенията за стационарна психиатрична помощ. Броят на леглата в специализирани лечебни заведения за долекуване, продължително лечение и рехабилитация намалява в сравнение с 2010 г. и е 4000 легла, което формира относителен дял от 11.2% от общия публичен леглови фонд.

Броят на леглата в частните болници през 2011 г. е 5799 легла в 35 многопрофилни, 50 специализирани болници за активно лечение и 4 болници за продължително лечение и рехабилитация, което съставлява 13% от болничния леглови фонд.

В структурата на леглата в болничния сектор към 31.12.2011 г. по видове (в съответствие с използваната в Евростат статистическа групировка) най-голям относителен дял – 75.7% имат леглата за активно и интензивно лечение, което формира осигуреност на населението 45.6 на 10 000 души на базата на 33 420 легла.

Леглата за дългосрочна грижа са 1017 (2.3%) при ниска осигуреност на населението – 1.4 на 10 000 души. Леглата за физиотерапия и рехабилитация са 5023 (11.4%) при осигуреност 6.9 на 10 000 души.

По области се наблюдават значителни различия на показателите за осигуреност на населението с болнични легла и структура на легловия фонд. С най-висока осигуреност с болнични легла на 10 000 души през 2011 г. са област Ловеч – 80.9, Кюстендил – 74.2, Стара Загора – 71.9. Най-ниска е осигуреността с болнични легла на населението в област Ямбол – 33.2 на 10 000 души, Хасково – 36.4, Видин и Силистра – 36.8.

Над половината от общия болничен леглови фонд (51%) е концентриран в 7 области - София-град (19.8%); Пловдив (10.1%), Стара Загора (5.3%); Варна (5.1%) Плевен (3.7%), Бургас (3.6%) и София област (3.5%).

През 2011 г. през стационарите на лечебните заведения в страната са преминали 1 818 130 болни, което е с 10 572 (0.5%) повече от преминалите през 2010 г. Общият брой на хоспитализираните случаи (изписани и умрели) през 2011г. е 1 961 177.

Честотата на хоспитализациите през 2011 г. е 26.6 хоспитализации на 100 души от населението, доближаващ се до средните стойности за Европейския регион 18.36.

През 2011 г. през публичните лечебни заведения са преминали 1 501 167 болни (82.5%) и 316 963 болни в частните болници (17.5%) (Приложение – таблица 37).

В лечебните заведения за долекуване, продължително лечение и рехабилитация са преминали 117 057 болни, формиращи относителен дял на хоспитализациите в тези болници 6.4%.

През 2011 г. от всички хоспитализирани случаи, хоспитализациите в лечебните заведения на София-град са 449 579 (23% от всички случаи през годината), област Пловдив – 278 553 (14.2%), Варна – 112 775 (5.8%), Пазарджик (4.5%) и Стара Загора - 83 021 (4.2%) и Бургас - 82 853 (4.2). Тези 6 области са осигурили болнично лечение общо на 55.9% от болните през 2011 г.

Броят на проведените леглодни през 2011 г. е 10 526 538.

Средният престой на 1 болен намалява до 5.8 дни, като за легла за интензивно лечение – 3 дни; легла за активно лечение – 5.1 дни и легла за долекуване, продължително лечение и рехабилитация 8.5 дни. В частните лечебни заведения средният престой на 1 болен е 3.6 дни.

Използваемостта на леглата през 2011 г. общо за сектора е ниска – 255 дни, като най-ниска е в частните болници – 199 дни. Използваемостта на леглата в

публичните многопрофилни болници за активно лечение е 263 дни, а в специализираните болници за активно лечение – 288 дни. (Приложение – таблица 37)

Оборотът на леглата през 2011 г. в публичните заведения е 44 болни на 1 легло.

При анализа на дейността на болничните лечебни заведения е видно разпределението на разходите по видове. Водещите разходи от дейността на ЛЗБП са за заплати и осигуровки, като най-висок дял те имат при общинските болници, а най-нисък дял при университетските, докато разходите за медикаменти и консумативи са най-високи при университетските болници и почти двойно по-ниски при общинските. (Приложение – таблица 38).

Финансирането на болничната помощ през 2011 г. се осъществява основно от НЗОК, като МЗ субсидира отделни болнични дейности – стационарна психиатрична помощ, лечение на туберкулоза; СПИН; хемодиализа, интензивно лечение, трансплантации, спешна помощ в болничните спешни отделения, експертиза на степен на увреждане и трайна неработоспособност, високоспециализирани дейности – РЕТ изследвания, роботизирана хирургия и др.

Броят на лечебните заведения, сключили договор с НЗОК през 2011 г., е 352. От тях за дейност по клинични пътеки договори са сключили 337 лечебни заведения, от които: 167 многопрофилни болници, 87 специализирани болници, 17 други лечебни заведения (КОЦ и ЦКВЗ), 27 лечебни заведения за СИМП с легла, 29 болници за долекуване и продължително лечение и рехабилитация.

Общият брой на договорите за дейност по високоспециализирани дейности на лечебни заведения за болнична помощ и лечебни заведения от СИМП с разкрити легла е 38, от които 9 с многопрофилни болници, 4 със специализирани болници, 7 други лечебни заведения и 18 лечебни заведения за извънболнична помощ.

През 2011 г. на национално ниво и по РЗОК, е налице намаляване броя на договорените клинични пътеки с отделните лечебни заведения спрямо 2010 г., което се дължи на отпадането на 7 КП през 2011 г. и на въведените изисквания за ниво на компетентност съгласно медицинските стандарти, отразени в алгоритмите на отделните клинични пътеки.

Само в София град са договорени всички КП, Пловдив – с изключение на 3 КП и Варна – 5 КП. В останалите области не е осигурен на регионално ниво пълният пакет от болнична помощ.

Най-голямо намаление в броя на сключените договори с изпълнителите на болнична медицинска помощ (БМП) по отделните клинични пътеки (КП) през 2011 г. спрямо 2010 г. е налице в областите Ловеч, Сливен и Видин.

През 2011 г. по данни на НЗОК са отчетени и изплатени 1 715 005 случая на болнично лечение, при 1 711 968 случая през 2010 г.

Броят на здравноосигурените лица, преминали болнично лечение през 2011 г. е 1 173 473 болни, т.е. средният брой на отчетените случаи по КП на 1 лице е 1.45. (Приложение – таблица 39)

Броят на отчетените случаи по КП през 2011 г. не се различава съществено от отчетените през 2010 г., като при 145 КП от общо 293 КП е налице увеличение на отчетените случаи, а при 143 КП има спад през 2011 г. спрямо същия период на 2010 г. Три КП запазват нивото си спрямо 2010 г.

Най-голям брой случаи през 2011 са отчетени по следните клинични пътеки: Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 ф.кл. без механична вентилация – 4.6% от общия брой отчетени случаи за болнична помощ за 2011 г.; Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години – 3.8%; Раждане, независимо от срока на бременността, подлежащието на плода и начина на родоразрешение – 3.3%; Бронхопневмония при лица под 18-годишна

възраст – 3.2%; Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат – 3.2%; Болести на черепно-мозъчните нерви, на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми + Вертеброгенни дискови и дискартикулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми – 3.1%.

Изразходваните средства за дейността от бюджета на НЗОК през 2011 г. са в размер на 1 077 926 254 лв., при 1 079 848 958 лв. за 2010 г.

Най-много средства през 2011 г. са разплатени по следните клинични пътеки: Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години – 3.6% от разходите по клинични пътеки; Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 ф.кл. без механична вентилация – 3.1%; Бронхопневмония при лица под 18-годишна възраст – 2.8%; Нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение – 2.8%; Ишемичен мозъчен инсулт без тромболиза – 2.7%;

Анализът на водещите клинични пътеки по вид на собственост (Приложение – таблица 40) Водещи клинични пътеки по вид на собственост) показва, че 20 броя клинични пътеки обхващат 41.53% от общия брой хоспитализирани при лечебните заведения с държавно и общинско участие и 50.30% при болниците с частна собственост. Вторият извод, който може да се направи е, че в болниците частна собственост се подбират случаи, които не изискват продължително и скъпо струващо лечение и са по-„доходоносни“, известно в западната литература като „ice-screaming“.

Данните за преминалите пациенти и отчетените случаи за 2011 г. по медицински специалности, показват, че най-висок е относителният дял на разходите за заплащане на дейностите в болничната помощ по медицинската специалност „Кардиология“ – 14% при относителен дял на пациентите от 11%. От общите разходи за заплащане на дейностите за болнична медицинска помощ през 2011 г. относителният дял на разходите за заплащане на дейностите в областта на инвазивната кардиология е 9%.

Относителният дял на пациентите от общия брой пациенти за 2011 г. по медицинската специалност „Пневмология“ е 10.59% при относителен дял от 7.85% от общите разходи за заплащане на дейностите за болнична помощ. Относителният дял на разходите от общите разходи за БП на медицинската специалност „Хирургия“ през 2011 г. е 9.63%, а „Ортопедия и травматология“ – 6.64%. Средномесечният разход за болнична медицинска помощ за всички здравноосигурени лица през 2011 г. възлиза на 101 068 хил. лева.

С цел оптимизиране на разходите за болнична медицинска помощ в рамките на средствата, определени със ЗБНЗОК за 2011 г., на всички лечебни заведения за болнична медицинска помощ бяха определени задължителни годишни прогнозни стойности за дейности за болнична медицинска помощ. В края на всяко тримесечие определените прогнозни стойности на лечебните заведения бяха преразглеждани и коригирани при необходимост, предвид промяна на обстоятелствата в дейността на лечебните заведения.

Стойността на *високоспециализираните дейности* на ЛЗ за болнична помощ и ЛЗ за СИМП с разкрити легла извършени през 2011 г. възлиза на 900 хил. лв., а отчетеният брой дейности е 17 100. В структурата по видове изследвания най-голям относителен дял заемат „Костна сцинтиграфия“ – 48.4% или 8 282 броя, „Сцинтиграфия на щитовидна жлеза“ – 13.6% или 2 323 броя и „Надпрагова аудиометрия - тимпанометрия и импедансметрия“ – 10.9% или 1 870 броя.

Медицински изделия (импланти) използвани при лечение в ЛЗБП

Отчетеният брой поставени медицински изделия (импланти) и стойността на извършената дейност за периода януари - декември 2011 г. по лечебни заведения за

болнична помощ е 40 705 отчетени импланта на обща стойност 58 408 550 лв., като водещите лечебни заведения са представени на таблица 41 – Приложение.

От представените данни в таблицата е видно, че 16 болници усвояват 72.9% от разходите за импланти и 69.6% от общия брой отчетени импланти.

При сравнителен анализ на дейността се очертава тенденция с увеличаване на разходи по този вид дейност в болнична медицинска помощ спрямо 2010 г. с близо 4 001 хил.лв. или с 7.4% и с 2 140 поставени медицински изделия в повече или увеличението на този показател е с 5.5%.

През 2011 г. дейност с медицински изделия са отчетели 76 лечебни заведения за болнична медицинска помощ спрямо 67 през 2010 г. или с 9 лечебни заведения повече, от които 4 са нови договорни партньори.

На ниво видове медицински изделия най-много са поставени стентове – 25 882 броя или 63.6% от всички медицински изделия. Следват ставна протеза за тазобедрена става 5 582 броя или 13.7% и постоянен кардиостимулатор – 2 981 броя или 7.3%.

През 2011 г. Министерство на здравеопазването е заплатило 360 338 хил. лв. за финансиране на болнични дейности по съответните програми от програмния бюджет на МЗ – Програма „Болнична помощ” 244 429. 3 хил. лв.; Програма „Трансплантация на тъкани, органи и клетки” – 4067.1 хил. лв.; Програма „Експертиза на степен на увреждане и трайна неработоспособност” – 7 480.2 хил. лв.; Програма „Хемодиализа” – 62 209.1 хил. лв.; Програма „Интензивно лечение” – 42 152.3 хил. лв.

Психиатрична мрежа

През 2011 г. МЗ финансира самостоятелно психиатричната стационарна помощ, осъществявана в 3 вида лечебни заведения – Държавни психиатрични болести (ДПБ), Центрове за психично здраве (ЦПЗ) и психиатрични отделения към МБАЛ.

В ДПБ и ЦПЗ броят на леглата постепенно намалява като по ясно това е изразено в ДПБ. За сметка на това броят на леглата в психиатричните отделения към соматични болници трайно нараства от 657 през 2007 г. на 838 през 2011 г. Броят на изписаните болни в ДПБ е относително постоянен, докато в ЦПЗ се наблюдава отчетливо увеличение.

И през 2011 г. както и в предишните години през стационарите на Центровете за психично здраве са преминали почти два пъти повече болни, отколкото през стационарите на държавните психиатричните болници – съответно 19359 (ЦПЗ) и 10593 (ДПБ). Средният престой също така намалява и в двата вида лечебни заведения. Най-динамични промени в трите показателя се наблюдават в психиатричните стационари към МБАЛ. Налице е тенденция към пренасочване на потока пациенти от традиционните институционални звена като държавните психиатрични болници към структури в близост до общността – ЦПЗ и МБАЛ. Това може да се интерпретира като повишена интензивност на лечебния процес там, но е възможно да е резултат и от различния начин на финансиране на тези стационари (на преминал болен) което мотивира по-ранното изписване на болните.

3.5.4. Спешна медицинска помощ

Системата за спешна медицинска помощ в Република България включва 28 центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП), съответстващи на областите, съставляващи административното деление на страната, с разкрити към тях 198 филиала (ФСМП), осъществяващи дейността на територията на съответната административна област.

Изградената структура осигурява относително равномерно покритие на спешна медицинска помощ на територията на цялата страна, като приблизително 58% от населените места в страната са време за достъп от филиал за спешна медицинска помощ до 20 минути и още около 27% на населените места са с вероятно време на достъп до 30 минути. Около 15% от населените места са със време за достъп в диапазона над 30 минути, в рамките на които оказването на адекватна медицинска помощ при спешни състояния е силно затруднено. Обслужваното население в тези населени места, разположени в труднодостъпни и отдалечени райони е около 211 000 души.

Определената щатна численост на ЦСМП е 7113 щатни бройки, от които към 31.12.2011 г. са заети 6677 (94%). Най-много незаети длъжности са в областите София-град – 187, София-област – 34, Варна – 28, Пловдив – 28, Бургас - 24, Пазарджик – 22, Ямбол – 20, Габрово – 19.

В рамките на осигурената щатна численост са формирани 354, от които 87 реанимационни екипа, 267 екипа за първа помощ, от които лекарски екипи – 141 и долекарски екипи 126. Освен тях функционират 35 транспортни екипи и 167 стационарни екипи.

Съществуват различия в определената структура и щатна численост в отделните центрове в резултат от липса на точни механизми за определяне на вида, броя и разпределението на екипите за спешна медицинска помощ в отделните ЦСМП.

Осигуреността с мобилни екипи за първа помощ (лекарски; долекарски) на брой население варира от 1 екип на 15-16 000 души в Ямбол, Кюстендил, Кърджали, Ловеч и др. до 31-35 000 в Търговище, Шумен, Разград, Сливен, Силистра и др. Средно за страната 1 екип обслужва 27 000 души.

Обслужваното население от 1 реанимационен екип в областите Силистра, Смолян, Разград, Шумен, София област е от 42 до 50 000, докато в областите Бургас, Пловдив, Велико Търново е от 140 до 210 000 души.

От всички работещи в центровете за спешна медицинска помощ към 31.12.2011 г., медицинските специалисти са 3759 души, от които 1146 лекари, 1508 фелдшери, 1103 други медицински специалисти (медицински сестри, акушерки и др.). Всеки четвърти работещ е във възрастта от 55 до 65 години и само 9% от работещите медицински специалисти са във възрастовата категория до 35 години.

Налице са данни и за текучество на медицинския персонал, като работещите по-малко от година в ЦСМП медицински специалисти са 391 (11%). Медицинските специалисти със стаж между 1 до 5 години са 1367 (23%), от 5 до 10 години са 912 (15%), а над 10 години са 3355 човека (56%). Лекарите с придобита специалност не надвишават 50% от всички работещи лекари, като от тях специалност „Спешна медицина” притежават само 69 лекари.

Обемът на осъществяваната от ЦСМП дейност през 2011 г. бележи намаление с 13.4%, като броят на постъпилите повиквания спада от 849 637 през 2010 г. до 780 285 през 2011 г.

Изпълнените повиквания през 2011 г. са 690363, при 684593 (по данни на НЦОЗА) през 2010 г., като запазват тенденция да съставляват около 98-99% от общият брой на постъпилите повиквания. Относителният дял на повикванията, при които не е открит адрес или лице, както и на отказ от повикване за спешна медицинска помощ е нисък и повече от двукратно снижен – 0.98%, в сравнение с 2010 г. (2.4%).

В структурата на повикванията по причина най-голям относителен дял имат повикванията за спешна медицинска помощ – 82% (627409 повиквания), следвани от повикванията за специализиран медицински транспорт – 8% (64406), като последните бележат почти двукратно намаление спрямо предходната година (15% - 2010 г.).

Като неспешни са определени 70287, които запазват абсолютната си стойност (70 841 през 2010 г.) и формират относителен дял от 9%. Следва да се отчете липсата на критерии и протоколи за триаж на постъпилите повиквания и диференциране на техният спешен характер.

Обслужените лица над 18 години през 2011 г. са 697696 (706 527 през 2010 г.). Броят на обслужените деца до 18 години е 82534, като 28108 от тях са били хоспитализирани по спешност.

През 2011 г. се запазва тенденция за осъществяване на голям брой амбулаторни прегледи, осъществени във филиалите извън областните центрове, като за годината те са 571882 (629 3368 за 2010 г.), т.е. съответстват приблизително на броя на осъществените спешни повиквания и в голямата си част са по повод състояния и медицински проблеми, които не могат да бъдат определени като спешни.

И през 2011 г. почти 50% от дейността на ЦСМП е свързана с оказване на медицинска помощ на пациенти, които следва да се обслужват от лечебните заведения за първична и специализирана извънболнична помощ и не са обект на системата за спешна медицинска помощ.

Средната натовареност на 1 екип през 2011 г. бележи намаление и е 2.9 повиквания на 12 часово дежурство, срещу 3.2 за 2010 г. като се наблюдават значителни различия в натовареността на отделните центрове за спешна медицинска помощ. Най-висока натовареност на 1 екип е налице в ЦСМП-София град -7.4 повиквания.

Независимо, че от началото на 2011 г. транспорт на пациенти на диализно лечение бе изведен от задълженията на ЦСМП и включен в дейностите на лечебните заведения за болнична помощ, ЦСМП все още осъществяват и несвойствени дейности като транспорт на кръвни проби за алкохол и упойващи вещества, транспорт на починали за съдебномедицинска експертиза и др.

Общо пробегът на санитарните автомобили за осъществяване на дейността е 15 632 405 изминати километри.

Финансирането на системата за спешна медицинска помощ се осъществява чрез пряка държавна субсидия от републиканския бюджет. През 2011 г. размерът на средствата за финансиране на системата са 71.5 млн. лв.

През 2011 г. като специфична функционална част от системата за спешна медицинска помощ осъществяваха дейност и 34 Спешни отделения към многопрофилни болници за активно лечение. Броят на обслужените в тях лица със спешни състояния нараства с 7% спрямо 2010 г. и достига 1 179 226.

Средствата за финансиране на дейността на спешните отделения се осигуряват от Министерство на здравеопазването чрез Методиката за субсидиране на лечебните заведения, като през 2011 г. те са в размер на 13.8 млн. лв.

3.6. Специализирани програми

1. Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и СПИН (2008-2015) и Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”, финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария - основни резултати:

- От бюджета на Министерство на здравеопазването се осигуряват съвременни диагностикуми за изследване на ХИВ, вирусни хепатити В и С и сифилис. С оглед гарантиране на безопасността на всяка единица дарена кръв, през 2011 г. са изследвани всички кръводарители в страната (160 000 лица).

- Безплатно от Министерство на здравеопазването се предоставя съвременна антиретровирусна терапия (АРТ) на всички нуждаещи се хора живеещи с ХИВ/СПИН.

Към 31.12.2011 г. броят на хората, живеещи с ХИВ/СПИН, които получават АРТ е 452 от общо 739 лица с ХИВ са регистрирани за проследяване в 5-те сектора за лечение на пациенти с ХИВ в София, Варна, Пловдив, Плевен и Стара Загора. Със средствата на Глобалния фонд, е създаден двумесечен резерв от антиретровирусни медикаменти за недопускане прекъсване на лечението на пациентите с ХИВ и СПИН и са подкрепени дейностите на 4 кабинета за психо-социална подкрепа за хората живеещи с ХИВ/СПИН, техните близки и партньори – два центъра в София, един във Варна и един в Пловдив.

- Подкрепено е функционирането на Местните координационни офиси по СПИН в 10 общини и са изградени 8 Местни обществени комитети за ХИВ/туберкулоза/сексуално предавани инфекции.

- През 2011 г продължи предоставянето на нископрагови здравни и социални услуги на най-уязвими групи от населението в 22 общини-областни центрове, поддържането на мрежа от 19 кабинета за безплатно и анонимно консултиране и изследване за СПИН (КАБКИС); 7 нископрагови центъра за инжекционно употребяващи наркотици; 7 центъра, базирани в ромска общност; 2 дневни центъра за проституиращи; 10 мобилни медицински кабинета към неправителствени организации за достигане на представителите на уязвимите групи

- През 2011 г. чрез дейностите на терен на над 50 неправителствени организации са достигнати над 64 484 лица от уязвимите групи (инжекционно употребяващи наркотици, проституиращи, лишени от свобода, лица от ромска общност, мъже които правят секс с мъже, деца в институции) и над 168 547 млади хора. Общо 96 267 лица в риск са се изследвали и са узнали своя ХИВ резултат чрез кабинетите за анонимно и безплатно консултиране за ХИВ/СПИН (КАБКИС), неправителствените организации, мобилни медицински кабинети и центрoвете по кожно-венерически заболявания.

2. Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в България (2007-2011); Програма „Укрепване на националната програма по туберкулоза в България” и Програма „Подобряване на контрола на туберкулозата в България”, финансирани от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария, през 2011 г. -основни резултати:

- Изготвена Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България за периода 2012-2015 г.

- През 2011 г. беше публикувано Методическо указание за насочване, диагноза, проследяване и лечение на лицата с латентна туберкулозна инфекция.

- Поддържа се специализирана информационна система за туберкулоза, основана на Националния регистър на пациентите с туберкулоза, чрез който се събират индивидуални данни за пациентите с туберкулоза, в съответствие с препоръките на СЗО и изискванията на Европейския център за превенция и контрол на заболяванията (ECDC).

- 29 областни лечебни заведения осъществяват контрол на туберкулозата на областно ниво; назначени са 28 областни DOTS мениджъри и 94 медицински сестри за пряко наблюдение на лечението в продължителната фаза на болните с туберкулоза и насочване на контактните им.

- Извършени ремонти и предоставено оборудване на: Сектор за пациенти с MDR-TB към „СБАЛББ – Габрово” ЕООД; Сектор за деца с открити форми на белодробна туберкулоза към Клиника по детска пневмология и фтизиатрия при СБАЛББ „Св. София” ЕАД, гр. София; Пневмо-фтизиатрично отделение при МБАЛ „Д-р Стамен Илиев” АД, гр. Монтана; Фтизиатрично отделение при „СБАЛПФЗ – Варна” ЕООД. Стартирани са ремонти в сектора за лечение на туберкулоза в МБАЛ -

Добрич АД, на туберкулозния сектор на ПФО в МБАЛ “Д-р Никола Василиев” АД - гр. Кюстендил и на отделението за лечение на психично болни мъже и жени с активна форма на туберкулоза в ДПБ Карвуна.

- През 2011 г. общо 8 984 лица лишени от свобода са били скринирани за туберкулоза чрез анкета, проба на тест на Манту или рентгенологично изследване, което представлява 92% от средно годишния брой лица лишени от свобода. От тях 1 023 са получили микроскопско изследване, което е почти 10 пъти повече в сравнение с 2007 г. преди да стартират програмите. Неправителствените организации в цялата страна са подпомогнали за обхващане на 27 586 лица от рисковите групи със скрининг за риска от туберкулоза, от тях 10 018 са получили медицинско изследване и благодарение на тези дейности са открити 162 лица с активна туберкулоза и 715 с латентна туберкулозна инфекция, които своевременно са насочени за лечение.

- За периода 01.01.-31.12.2011 г. бяха проведени 4 национални кампании под мотото „Седмица на Отворените врати” във всички 28 административни области в страната. Броят на анкетиранията лица достигна 19 048. С активна туберкулоза и насочени за лечение са общо 215 лица, а с латентна туберкулозна инфекция и провеждана химиопрофилактика са 705 души.

3. Национална програма за действие по околна среда – здраве 2008-2013 г.

За постигане на целите на програмата от 28-те РЗИ са реализирани следните дейности: 17 пресконференции, 395 участия в TV и радиопредавания, 33 семинари и курсове с 824 участници, 396 лекции с 10 876 участници, 464 видеопокази за 7 468 участници, 78 масови прояви с 19 674 участници, извършени са 20 проучвания, при които са обхванати 6192 лица, издадени са 61 заглавия в тираж 69 551 броя, разпространени са 79 149 броя материали.

От НЦОЗА е проведено проучване сред родители в седем областни града, за оценка на техните знания и нагласи относно обучение на децата за безопасно поведение на улицата.

Приключи проучването на *здравния риск от злокачествени новообразувания на кожата* в средната и горната училищна възраст, проведено от НЦОЗА, с участието на 28-те РЗИ. През 2011 г. е направен статистически анализ на данните от анкетно проучване, проведено с родителите на 3000 ученика на възраст 7-11 г. от цялата страна, като резултатите показват, че с висок риск са 7.6% от децата. На базата на данните от проучването е изготвена Карта на риска при слънчево експониране.

Приключи проучването *„Въздействието на целодневното обучение при ученици от столични училища“*, реализирано от НЦОЗА и Столична РЗИ. Изготвен е доклад, като за резултатите, изводите и препоръките МЗ информира Министерството на образованието, младежта и науката.

В периода 2008 – 2011 г. е проведено проучване от НЦОЗА и 11 РЗИ в три етапа на тема: *„Състояние и обезпечаване на санитарните съоръжения в сградния фонд на детски ясли, градини и училища. Оценка на хигиенните практики, познанията, нагласите и уменията на деца и родители по отношение на личната хигиена. Разработване и въвеждане на програма за подобряване на здравната култура на децата от 0 до 18 години“*. През 2011 г., в края на проучването, е изготвена Сравнителната здравна оценка на състоянието на санитарните съоръжения в детските и учебни заведения и е констатирано с малки изключения, санитарните съоръжения са приведени в съответствие със здравните изисквания. За повишаване нивото на информираност и знания за здравословен начин на живот са подготвени подходящи информационно-образователни материали за ученици и родители.

През 2011 г. от НЦРРЗ са реализирани дейности, свързани с:

- „Оптимизиране на радиационната защита на персонала и на пациентите при медицински процедури под рентгенов контрол”. Измерени са дозите на пациентите и на персонала при урологични процедури под рентгенов контрол в 3 софийски клиники. След приключване на проучването, в което са включени общо 364 процедури е изготвен анализ. Подготвен е проект за два постера за информиране на медицинския персонал в лечебните заведения за начините за намаляване на облъчването на персонала и на пациентите.

- „Провеждане на контрол на нивата на радон в училищни сгради и детски градини, в които децата и подрастващите прекарват по-голяма част от времето си в район Кремиковци, гр. София. Формулиране на мерки за предотвратяване на експозицията на радон”. Проведени са скринингови измервания на концентрацията на радон в 16 училища и детски градини в район Кремиковци. Направени са препоръки за провеждане на дългосрочно измерване (6 месеца или една учебна година) в сградите, в които са констатирани стойности над референтните нива. При потвърждение на резултатите, сградите следва да бъдат ремонтирани, с цел редуциране на нивата на радон в помещенията. Отпечатана и разпространена е брошура, предназначена за информиране на ученици, родители и учители по проблема.

4. Интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести (СИНДИ) 1999-2010

През 2011 г. е подготвен проект на СИНДИ 2011 – 2020 г.

Поради липса на финансиране през 2011 г., реализираните дейности в деветте демонстрационни зони са ограничени. От РЗИ са проведени редица обучителни дейности в градовете В. Търново, Видин, Габрово, Добрич, Кърджали, Ст. Загора, Ловеч, Русе и Ямбол - 101 семинари и курсове с 2 747 участници, 470 лекции с 10 222 участници и 313 видеопокази с 3 883 участници. През годината са организирани 30 масови мероприятия със 7 224 присъстващи.

5. Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето в Република България

През 2011 г. е подготвен проект на Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето в Република България 2012-2015 г. Изготвен е и проект на ЗИД на Закона за здравето за въвеждане на пълна забрана на тютюнопушенето на закрити и на някои открити обществени места. Проектът бе одобрен от Министерски съвет и беше представен в Народното събрание.

Продължи да функционира Националната линия за отказ от тютюнопушене (НЛОТ) – тел. 0700 10 323, поддържа се членството на НЛОТ в Европейската мрежа на линиите за отказ от тютюнопушене, както и интернет страница www.aznepusha.bg.

РЗИ проведеха през годината общо 4 кампании: кампания, посветена на Световния ден без тютюн на 31 май, кампания за отбелязване на Международния ден без тютюнопушене - 17 ноември; медийна кампания „Вреди от тютюнопушенето” и кампания „Бременност без тютюнев дим”.

Извършена е тематична проверка от 28-те РЗИ по спазването на Закона за здравето и Наредбата за условията и реда, при които се допуска тютюнопушене в закрити обществени места и в сградите с обособени работни места. В резултат на направените 61 717 проверки, са издадени 4 305 предписания и 1 363 наказателни постановления на обща стойност 276 120 лв.

От РЗИ са проведени дейности по ограничаване на тютюнопушенето сред населението чрез информиране за вредите от употребата на тютюневите изделия и

последствията ѝ върху качеството на живот: 77 семинари с 2 261 участници; 17 курса със 198 участници; 627 лекции и беседи с 15 434 участници; 1 049 видеопокази с 24 256 участници; осъществени са 79 масови прояви с 21 204 участници; проведени са 203 проучвания; издадени са 5 броя заглавия в тираж 4 100 бр.; разпространени са 43 208 материали; реализирани са 1 245 медийни изяви в телевизионни и радио предавания, публикации в пресата и интернет.

На всички РЗИ са раздадени газдетектори (за измерване на концентрация на въглероден оксид във въздуха на затворено помещение) и са проведени четири обучения на представители от 28-те РЗИ в градовете: София, Стара Загора, Шумен и Плевен.

Приключи Националният ученически конкурс „Проектът на нашия клас – за живот без тютюн 3”, в който участваха 2 795 ученика и 83 учители. В края на конкурса 1 249 ученика и 40 учители са отказали тютюнопушенето.

През 2011 г. са обявени и се провеждат два Национални конкурса: „Най-здрав бивш пушач на 2011 г.” и „Най-изобретателен здравен инспектор на МЗ”.

Под патронажа на МЗ се проведе Международен конкурс за детска рисунка „Не на цигарите!”, в който деца от 5 до 11 годишна възраст представиха 1 300 рисунки.

МЗ взе участие в изложението-базар „Алея на здравето” в НДК, на което са проведени безплатни консултации на граждани, измерено е равнището на въглероден оксид в издишан въздух от активни и пасивни пушачи.

През годината МЗ успешно партнира с НПО в областта на ограничаване на тютюнопушенето и злоупотребата с алкохол.

В партньорство с НПО „Отворена младеж”, МЗ реализира проекта: „Избери своя път!” в рамките на спечелилия финансиране от Европейската комисия проект „Бъди доброволец за пътна безопасност!” (2011), стартирал в столицата и продължил в още 10 областни градове, със съдействието на РЗИ.

През 2011 г. СЗО спонсорира провеждането от МЗ на Ден срещу злоупотребата с алкохол: „Алкохолът и твоите граници – узнай ги!”, който се организира и проведе съвместно с НПО, с Български червен кръст и Съюза на автомобилистите в България.

МЗ взе участие с предложения на България във Втората среща на националните координатори за Европейския регион на СЗО, с цел включване в Европейски план за действие по прилагане на *Глобална стратегия за намаляване вредната употреба на алкохол* на СЗО.

Изготвен е проект на Национална програма за предотвратяване злоупотребата с алкохол в Република България, 2011-2015 г.

6. Национален план за действие „Храни и хранене”

През 2011 г. от междуведомствена работна група е изготвен и представен пред Ръководството на МЗ проект на Национален план за действие „Храни и хранене 2012 - 2017 г.”.

Подготвена и публикувана е Наредба № 6 от 10 август 2011 г. за здравословно хранене на децата на възраст от 3 до 7 години в детски заведения (обн. ДВ. бр. 65 от 23.08.2011 г.), насочена към децата посещаващи организирани детски колективи в общински, държавни и частни заведения, както и за децата от подготовителните групи в училищата, при целодневна организация на предучилищната подготовка. Във връзка със спазване на изискванията на наредбата от РЗИ е извършена тематична проверка за състоянието на храненето във всички детски градини и заведения, в които се отглеждат деца на възраст 3-7 години, както и в училищата с подготовителни групи, в периода 15.09. – 15.10.2011 г.

От РЗИ са организирани и проведени 54 масови мероприятия с 11 206 участника, 152 семинари и курсове с 3 539 участници; изнесени са 743 лекции и беседи с 15 898 участници. Разпространени са 39 817 здравно-информационни материали и са издадени нови 8 заглавия с общ тираж 1 690 броя. Реализирани са 165 TV предавания и 246 радиопредавания.

7. Национална програма за ограничаване на остеопорозата в Република България

През 2011 г. е разработен Проект на Национална програма за ограничаване на остеопорозата в Република България за периода 2012 – 2016 г.

МЗ в сътрудничество с 28-те РЗИ, Асоциацията на пациентите с остеоартроза, Националното сдружение на общопрактикуващите лекари в България и Българския фонд за жените, проведе информационни и скринингови кампании „Проверявайте ежегодно риска си от остеопороза”. Проведени са 210 скринингови кампании за определяне на личния риск от остеопороза и измерване на костна плътност в 154 населени места. В тези кампании са обхванати 12 935 лица, на които се измери костната плътност, определи се личният им риск от развитие на заболяването въз основа на Едноминутния тест на Международната фондация по остеопороза и бяха информирани за основните рискови фактори за остеопороза. Идентифицираните лица с риск от остеопороза и остеопения са насочени към общопрактикуващи лекари и специалисти за диагностика и своевременно лечение.

По време на кампаниите са проведени и 22 пациентски срещи с лектори медицински специалисти и служители на РЗИ по въпроси, касаещи профилактиката и лечението на заболяването.

По време на скрининговите кампании от РЗИ са организирани и проведени общо 653 лекции, видеопокази, семинари, курсове и други здравнообразователни мероприятия. Проведени са 3 934 индивидуални обучения и консултации на граждани. За информиране на населението относно рисковите фактори за възникване на остеопорозата са осъществени общо 818 пресконференции, телевизионни и радио предавания, публикации в печатните медии и интернат пространството, както и други медийни изяви. Предоставени са 27 039 информационни материали. Общият брой на обхванатите лица в кампаниите и здравнообразователните мероприятия са 50 364 от 197 населени места в страната.

8. Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 – 18 г. (2009-2014 г.)

Програмата е приета с Протокол №15 от заседание на МС на 16.04.2009 г. Основната цел е подобряване оралното здраве на децата до 18 годишна възраст. Финансирането се осигурява от държавния бюджет.

Подготвен и представен е Доклад за данните от епидемиологично проучване за състоянието на оралния статус на деца от три възрастови групи, проведено през 2010 г. Целта на проучването бе да се установи разпространението на заболяванията на пародонта, зъбната флуороза, зъбночелюстните деформации, разпространението и честотата на зъбния кариес. При мащабното епидемиологично проучване са прегледани 20 160 деца от всяка от 28-те области в страната - по 360 деца от областен център и 360 деца от неурбанизирани населени места от три възрастови групи – 5-6 години, 12 години и 18 години. Относителният дял на децата на 5-6 г. без кариес общо за страната са 28.87%; на 12 г. без кариес са 21.31%; на 18 годишна възраст без кариес са 8.31%. Над 2/3 от децата на 12 и 18 години имат различни по тежест зъбночелюстни деформации, които са предпоставка за влошаване на оралното здраве

в по-късна възраст. Оралната хигиена е незадоволителна във всички изследвани възрастови групи, поради което е необходимо подобряване на информираността на родителите и децата.

През 2011 г. са проведени здравни беседи по профилактика на оралните заболявания в училища и детски градини във всяка от 28-те области на България. Организиран са и дейности за повишаване нивото на информираност сред населението, като са проведени кръгли маси във В. Търново, Русе, Варна, Смолян, Бургас и Враца с участие на представители на общините, РЗИ, Регионалните инспекторати по образование, Районните колегии на БЗС, директори на училища и детски градини, учители, родители, представители на неправителствени организации и медии.

През месец октомври стартира процедурата по поставяне на силанти на деца от 5 до 9 годишна възраст в над 200 кабинета в цялата страна, като до края на м. ноември 2011 г. са силанизирани зъбите на 16 982 деца.

9. Националният план за действие на инициативата „Десетилетие на ромското включване” 2010 – 2015 г.

Министерство на здравеопазването предостави на РЗИ в областите Бургас, Враца, Добрич, Монтана, Пазарджик, Сливен, Софийска област, Шумен и Ямбол 23 мобилни единици за извършване на профилактични прегледи и изследвания на български граждани, принадлежащи към етнически малцинства и такива със затруднен достъп, живеещи в отдалечени населени места.

През 2011 г. в деветте области на страната с мобилните кабинети са извършени прегледи и консултации (акушеро-гинекологични, педиатрични, ехографски, мамографски, флуорографски), имунизирани са деца с непълен имунизационен статус и са извършени клинични изследвания в райони с компактно ромско население. С наличните 4 мобилни акушеро-гинекологични кабинета са извършени общо 2 555 прегледа на жени от ромски произход, от които при 639 жени са диагностицирани заболявания. С 5-те мобилни кабинета за обща практика са направени 847 имунизации на деца с непълен имунизационен статус, а с 4-те мобилни педиатрични кабинета са извършени 1 933 прегледа на деца от ромски произход, при 253 деца са диагностицирани заболявания. С наличните 2 мобилни мамографски кабинета са направени 1 039 прегледа на жени от ромски произход, като при 570 са диагностицирани отклонения. С мобилните флуорографски кабинета са извършени 1 408 прегледа, от които при 25 са диагностицирани заболявания. С наличните 3 мобилни ехографски кабинета са извършени 1705 прегледа на лица от ромски произход и при 477 са диагностицирани заболявания. С наличните 3 мобилни клинични лаборатории са извършени 1 671 изследвания, при 207 лица са диагностицирани отклонения.

Проведени са 29 обучения в училища, 23 беседи и дискусии, с подрастващи и млади хора, и с техните родители за начините за предпазване от нежелана и ранна бременност; за опасностите, които крият ранната бременност за майката и бебето; за родствениците и ранни бракове. Проведени са 80 беседи и разговори с младите майки за значението на имунизациите и мотивирането им за редовното им прилагане, съгласно Националния имунизационен календар и са раздадени 165 имунизационни календари. Проведени са 17 разяснителни програми за необходимостта от ваксиниране на населението със задължителните имунизации по Националния имунизационен календар като са обхванати 4 605 лица. Проведени са 10 разяснителни кампании и 5 лекции за значението на профилактичните прегледи сред ромското население. Организиран и проведени са 27 кампании и 6 беседи за запознаване с начините за

предпазване от най-разпространените инфекциозни, онкологични, сърдечносъдови и наследствени болести. Проведени са 21 разяснителни кампании, 633 беседи и лекции и 5 интерактивни обучения от здравни специалисти и медиатори за вредата от най-разпространените рискови фактори – тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, употреба на наркотични вещества, хипертония и за предимствата на здравословния начин на живот.

Повишена е информацията на ромското население за здравноосигурителните им права и задължения, и за правата им като пациенти.

10. Програма профилактика и надзор на заразните болести

Осигурени са необходимите количества и видове биопродукти за обезпечаване на Националния имунизационен календар за 2011 г.

Изменена и допълнена е Наредба № 21 от 18.07.2005 г. за реда за регистрация, съобщаване и отчет на заразните болести (обн. ДВ, бр. 52 от 08.07.2011 г.), като беше променен списъка със заразните заболявания, които подлежат на задължително съобщаване и бяха въведени нови определения на случаите на заразни заболявания. Промените бяха свързани с изпълнението на конкретни ангажименти, които произтичат от Решения 2009/363/ЕО и 2008/426/ЕО на Европейската комисия за изменение на Решение 2002/253/ЕО за установяване на определения на случаите за докладване на заразни болести на мрежата на Общността съгласно Решение № 2119/98/ЕО на Европейския парламент и на Съвета.

През месец април 2011 г. бе разпоредена извънредна имунизационна кампания срещу полиомиелит чрез прилагане на една доза убита полиомиелитна ваксина на всички лица от 13-месечна до 7-годишна възраст с приоритет ромско население в обособени квартали и населени места, при които няма данни за проведени имунизации срещу полиомиелит, нямат избран личен лекар, нямат постоянна адресна регистрация или деца с пропуски в имунизационната схема.

Нуждата от тази кампания се наложи заради регистрирания епидемичен взрив от полиомиелит в Таджикистан през миналата година, причинен от внос на див полиовирус. През 2011 г. четири държави останаха ендемични за полиомиелит, а в три държави се възобнови разпространението му. Така се повиши риска от вноса му на Европейския континент и причиняване на епидемии, резултат от ниско имунизационно покритие сред определени етнически групи, подобно на епидемията от морбили в България.

Кампанията започна на 20 април 2011 г. и продължи до края на месец юни 2011 г. и се обхванаха 39 734 деца.

Във връзка с грипната пандемия през 2010 г. от новият грипен вирус А (H1N1) бе разработена е и е утвърдена от министъра на здравеопазването Концепция за създаване и поддържане на стратегически резерв на Република България от антивирусни средства за лечение и профилактика на грип.

По повод регистрираната през месец януари 2011 г. повишена заболеваемост от грип и респираторни заболявания в някои райони на страната с достигане на епидемичните стойности и данните от Европейския център за контрол на заболяванията за пълното доминиране на грипния щам А (H1N1) при проведените вирусологични изследвания, бе организирано разпределение и получаване на антивирусни средства от РЗИ и предоставянето им на лечебните заведения за първична медицинска помощ.

Във връзка с регистрирания в Германия през месец май епидемичен взрив, причинен от ентерохеморагичен щам O₁₀₄ на Ешерихия коли и създаване на готовност за ранна диагностика и лечение на евентуални случаи се изготви указание за

диагностика, поведение при болни с хемолитично-уремичен синдром и основни противоепидемични мерки сред контактните.

11. Национална програма за редки болести 2009 – 2013 г.

През 2009 г. е приета Национална програма за редки болести (НПРБ) 2009-2013 г., (с Протокол № 46 /2009 г. на МС) има за цел създаването на адекватна институционална рамка и механизми за осигуряване на навременна профилактика, диагностика, оптимално лечение и рехабилитация на пациенти с редки болести (генетични, вродени малформации и ненаследствени заболявания).

По програмата се финансира пренаталната диагностика на бременни жени за голям брой генетични заболявания на плода, както и провеждането на масов неонатален скрининг за пет най-често срещани тежки генетични заболявания. През 2011 г. в неонатален скрининг за фенилкетонурия са обхванати 65 694 новородени и са регистрирани 7 случая на деца със заболяването. В неонаталният скрининг за хипотиреоидизъм са обхванати 63 900 новородени, като са диагностицирани 30 деца със заболяването. Извършени са общо 21 870 биохимични скрининга при бременни жени за синдром на Даун и още пет хромозомни болести, дефекти на коремната стена и невралната тръба, което е 1/3 от всички раждания. При проведения скрининг са установени 1 145 отклонения в резултатите, наложили пренатална ДНК диагностика за анеоплоидии и пренатална цитогенетична диагностика. Установени са 61 бременности с вродена тежка патология на плода.

12. Изпълнение на програма „Медико-социални грижи за деца в неравностойно положение”

През 2010 г. е приет политически документ Национална стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България”. За постигане целите на стратегията, Министерския съвет прие План за действие за изпълнение, който предвижда да бъдат реализирани 5 проекта в рамките на 10 години.

От 01.01.2011 г. е закрит ДМСГД – гр. Тетевен в рамките на проект „Трансформиране на ДМСГД – гр. Тетевен в Център за обществена подкрепа”. Проектът е финансиран и реализиран от британска детска благотворителна организация и „Надежда и дом за децата” в сътрудничество с Министерство на здравеопазването, Министерство на труда и социалната политика (МТСП), ДАЗД и Община Тетевен. На територията на бившата институция е разкрит Център за обществена подкрепа с държавно-делегиран бюджет, предоставящ социални услуги в следните основни звена: Звено „Спешен прием” с капацитет 6 деца, Център по приемна грижа, Мобилно звено по превенция на изоставянето, Център за работа с деца с отклоняващо се поведение и в риск от отпадане от училище.

В края на 2010 г. стартира Проект „Семейство за всяко дете – закриване на ДМСГД Шумен” в партньорство между УНИЦЕФ, МЗ, МТСП, ДАЗД, АСП, областния управител на област Шумен и Община Шумен. Проектът се изпълнява с финансиране, осигурено от предаването на БТВ „Великолепната шесторка“ – сезон 2, дарение от българското правителство, както и със собствени средства на УНИЦЕФ.

Проектът създаде мрежа от услуги и мерки за подкрепа на родителите и семействата на малки деца (0-3 години), с което ще доведе до закриването на ДМСГД в град Шумен. При стартиране на проекта в ДМСГД – гр. Шумен е имало около 100 деца. Към началото на 2012 г. броя на децата е 36, като 3 от тях са здрави и 33 с увреждания и хронични заболявания. За 2011 г. в дома са приети 21 деца и са изписани 72 деца, от които 36 са настанени в приемни семейства, 11 са реинтегрирани, 20 деца осиновени в България и 3 осиновени в чужбина.

В края на 2011 г. в 31 ДМСГД е имало 1833 деца на институционална грижа, 503 деца на дневна грижа и 58 недоносени деца, настанени за доотглеждане. В края на 2011 г. в ДМСГД около половината от децата са с увреждания и хронични заболявания

3.7. Фармацевтичен сектор и лекарствена политика

По данни на ИАЛ във фармацевтичния сектор на Република България имат разрешение да осъществяват дейност 42 производителите на лекарствени продукти и/или активни вещества, 16 вносители на лекарствени продукти и/или активни вещества, 189 търговци на едро, получили разрешение за търговия с лекарства - 189 броя и 4 144 аптеки в Република България – 4 144 броя.

Българският фармацевтичен пазар през 2011 г. бележи ръст от 12.4% в стойността на продажбите, съгласно статистическите данни на IMS Health. Въпреки регистрирания ръст на фармацевтичния пазар в България през 2011 г. потреблението на лекарствени продукти на глава от населението остава на най-ниското ниво от всички държави от ЕС – едва € 128

Общият размер на продажбите на фармацевтичния пазар през 2011 г. е 2 268 921 061 лв., при 1 876 545 594 лв. през 2010 г., което е ръст с 12.4%, при ръст на продадените опаковки от 5.2%.

Изследването на IMS Health на общият фармацевтичен пазар в България извършва оценка на двата основни пазарни сегмента – аптечен и болничен, която показва, че през 2011 г. аптечният сегмент на фармацевтичния пазар бележи растеж, както в стойност, така и в брой опаковки, докато болничният пазар регистрира лек спад.

Размерът на продажбите на аптечния пазар през 2011 г. е 1 995 802 754 лв., което е с 14.7% повече в сравнение с 2010г. Увеличението на броя на продадените опаковки е 7.7%.

Размерът на продажбите на болничен пазар са 273 118 307 лв. и бележат намаление с 0.8%., докато намалението на продадените опаковки е 6.5%.

Данните от проучването показват, че през 2011 г. продуктите по лекарско предписание имат ръст на продадените опаковки от 2.2%, при 11.6% увеличение на реализираните продажби в лв. Според авторите на изследването, през 2011 г. ръстовете в стойност са по-бързи от ръстовете в брой опаковки, което не е свързано единствено с увеличаване на цените.

Част от причините за по-бърз ръст на пазара в стойност е и по-динамичното развитие на оригиналните лекарства, които се продават на по-високи цени от генеричните. Съотношението между размера на продажбите на оригиналните и генеричните лекарства е 49.1% : 50.9%.

През 2011 г. с цел осигуряване на по-добро и ефективно лечение на всички нуждаещите се пациенти, МЗ предприе действия в посока децентрализиране на доставките от животоспасяващи лекарствени продукти.

От 01.03.2011 г. започна финансирането на лекарствените продукти за пациенти с онкологични заболявания по реда на Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2011 г.

За първи път се даде възможност болниците сами да определят точно какви лекарствени продукти да закупят, съобразно потребностите на своите пациенти. След промяната се осигури по-бърз и гъвкав достъп на болните до скъпоструващите лекарствени продукти. Лечебните заведения имаха възможност за по-точно планиране на необходимите видове и количества лекарства, вкл. и за новозаболените пациенти без необходимост от формиране на „листа на чакащите“. С децентрализиране на доставките на лекарствените продукти за онкоболни се даде възможност за плавен преход към преминаване на тези лекарства към НЗОК от 01.01.2012 г.

Съгласно Методиката за субсидиране на лечебните заведения за 2011 г. отчетените от лечебните заведения средства за лекарствена терапия на пациенти с онкологични заболявания са в размер на 47 335 хил. лв. и отчетена сума в размер на 280 хил. лв. за диагностични процедури, необходими за провеждане на прицелна перорална противотуморна терапия на конкретен пациент с онкологично заболяване след приключване на трети курс на лечение.

Необходимо е да се отбележи, че отчетането на разходите по Методиката за изминалата година за лечение на онкологични заболявания, започна през различни месеци на второто тримесечие на 2011 г.

За 2011 г. в Министерство на здравеопазването има сключени договори за общо 40 828 510 лв., от тях:

Онкология - 29 527 063 лв., като реално разпределени и изплатени са 12 085 636 лв. за 69 лекарствени продукти.

Диализа – договори за лекарствени продукти на стойност - 901 947 лв. реално разпределени - 397 102 лв. – за 6 броя лекарствени продукти.

Медицински изделия за диализа – договори за 882 828 лв. за 6 позиции.

За централизирано снабдяване с лекарствени продукти за лечение на пациенти със злокачествени заболявания на основание сключени през 2010 г. договори през 2011 г. са изплатени 49 705.6 хил. лв.

Национална система за надзор на етиологичната структура на инфекциите и антибиотичната резистентност в България – BulSTAR

През последните години резистентността на микроорганизмите към лекарствени средства стана един от най-сериозните и широко-дискутираните проблеми в медицината и общественото здравеопазване. Това е световен проблем, който води до нарастване на заболяемостта, смъртността и разходите за здравеопазване; удължен период на заразноносителство, а оттам и увеличаване възможността за разпространение на резистентните микроорганизми.

Програмите за надзор са един от ключовите моменти в борбата за ограничаване и намаляване на лекарствената резистентност. С тях се установява степента на сериозност на проблема с микробната резистентност на местно, национално и международно ниво и неговото решаване. Чрез тези сървейланс системи се проследяват и промените в нивата на чувствителност, както и откриването на новопоявили се механизми на резистентност и разпространението им.

Три са основните насоки в системите за надзор на антибиотичната резистентност:

1. Проучване на етиологичната структура на инфекциите.
2. Анализът на антибиотичната чувствителност на основните клинични патогени.
3. Проследяване на антибиотичната консумация и анализиране връзката ѝ с резистентността.

Bulgarian Surveillance Tracking Antimicrobial Resistance. Националната система за надзор на етиологичната структура на инфекциите, бактериалната резистентност и антибиотичната консумация в Република България - **BulSTAR (Bulgarian Surveillance Tracking Antimicrobial Resistance)** стартира през 1997 г. като проект за надзор в отдела по микробиология на Националния център по заразни и паразитни болести (НЦЗПБ). BulSTAR системата се администрира от Българската асоциация на микробиолозите (БАМ) и обхваща микробиологичните лаборатории от всички региони на страната. Участниците изпращат отчети, в които са включени данните за всички изолирани бактерии през предходната година, както и информация за тяхната чувствителност към над 40 антибиотични препарата. Данните от отчетите на всички участници в BulSTAR

се контролират за грешки, обобщават и подлагат на анализ в Националната референтна лаборатория по контрол и мониториране на антибиотичната резистентност (НРЛ „КМАР“) към отдела по микробиология в НЦЗПБ. Годишните анализи и обобщените национални данни се базират на над 130 хиляди изследвания за чувствителност на бактериите към антибиотици. Целта на БАМ е чрез събирането и анализирането на данните за резистентността от цялата страна, в рамките на националния надзор – BulSTAR, да се получат т. н. „осреднени показатели“ за България, които да служат за сравнение, както между отделни болници, градове и региони, така и като национална база данни, мониторираща тенденциите в промяната на нивата на резистентност на най-честите причинители на инфекции в страната. Данните от BulSTAR са в основата на докладите, които страната ни изпраща към Европейската комисия и подобните институции, касаещи ситуацията в страната по проблемите на антибиотичната резистентност и стратегията за разумно използване на антибиотици в хуманната медицина в страните от ЕС.

През 2011 година в BulSTAR участват **166** микробиологични лаборатории: петте медицински катедри, 59 МБАЛ, 10 СБАЛ, 14 РЗИ и 70 частни лаборатории с покритие на 22 812 легла от общо 38 506 легла за активно и интензивно лечение от национален леглови фонд или покритие от 59,24 %. Териториалното разпределение на мониторираните лаборатории са представени на фигура 25 от Приложението.

Общо са изследвани 1 193 710 броя материали, от които положителните са 198 314. Броят на антибиограмите е над 180 000.

От анализа на данните за сепсисите в страната, прави впечатление че с малки отклонения проучванията представят много близки данни за етиологията на бактериемите в България и света. Увеличава се дялът на Грам-положителните ентерококи и коагулаза-негативни стафилококи (CoNS), за сметка на Грам-отрицателните *Escherichia coli* и *Enterobacter*, което е световна тенденция. Прави впечатление по-честата изолируемост в българските болници на проблемните видове *Pseudomonas aeruginosa* и *Acinetobacter baumannii*. И двата бактериални вида са известни причинители на ВБИ, отличаващи се с вродена резистентност към голяма част от антибактериалните препарати. Най-голям процент хемокултури се изследват в отделенията за интензивно лечение, където свръхупотребата на широко-спектърни антибиотици унищожава по-чувствителните причинители и води до селекция на полирезистентните *P.aeruginosa* и *A.baumannii*. Анализът на националните данни за етиологията на септициемите е повод да се поставят сериозно и въпросите за хигиенното състояние и архитектурата на реанимациите и интензивните отделения в българските болници, наред с прекомерната употреба на широкоспектърни антибиотици в тях.

Водещи причинители на инфекциите свързани с хирургична намеса са *E.coli* и *Staphylococcus aureus*, като те се изолират паритетно в 50 % от случаите. Тази тенденция се запазва за целият период на мониториране на тези инфекции. Голям дял имат също *P.aeruginosa* и ентерококите, които се нареждат съответно на 3-то и 4-то място. Като цяло се наблюдава неблагоприятната тенденция за по-често изолиране на Грам-отрицателни микроорганизми, начело с *E.coli* и други представители на сем. *Enterobacteriaceae*, също и неферментативните *P.aeruginosa* и *A. baumannii*, на които се падат близо 61% от всички изолати, а това е ясен сигнал за неблагоприятното хигиенно състояние на нашите хирургични отделения. Дялът на анаеробните бактерии, изолирани от този тип инфекции е нисък и у нас и в Европа –движи се под 1 %.

Антибиотична резистентност в България – основни тенденции

Streptococcus pneumoniae

1). Клинична и епидемиологична значимост

Streptococcus pneumoniae е чест причинител на заболявания, особено при малки деца, възрастни хора и лица с компрометирана имунна система. Клиничният спектър обхваща инфекции на горни дихателни пътища като синусит, отит като заболяванията могат да се усложнят и да се стигне до пневмония и инвазивни инфекции като менингит. Поради това че този микроорганизъм е най-честият причинител на пневмония по целия свят, нивата на заболяемост и смъртност са високи, и според статистиката всяка година около 3 милиона души умират от пневмококови инфекции.

2). Резултати от надзора

До началото на 90-те години на миналия век повечето клинични изолати *S.pneumoniae* са универсално чувствителни на penicillin, но впоследствие се появят първите пеницилин-нечувствителни *S.pneumoniae* (Penicillin non-susceptible *S.pneumoniae* - PNSSP) и започват да се разпространяват повсеместно. Заедно с появата на PNSSP в различни части на света се появяват съобщения за изолиране на щамове пневмококи с множествена резистентност освен към бета-лактами, така и към други класове антибиотици като макролиди, хлорамфеникол, тетрациклини и триметоприм/сулфаметоксазол. За 2011г. в България PNSSP са 15,2%.

Staphylococcus aureus

1). Клинична и епидемиологична значимост

Staphylococcus aureus е микроорганизъм, който колонизира кожата на около 30% от здравите носители. При определени условия може да предизвика тежки инфекции. *S.aureus* традиционно се лекува с пеницилиназа-стабилни пеницилини, които за жалост липсват на българския пазар. Малко след въвеждането им в практиката през 60-те години на миналия век се появяват и първите метицилин-резистентни *S.aureus* (MRSA). Метицилин-резистентните *S. aureus* са най-значимите мултирезистентни микроорганизми, причиняващи инфекции свързани с болничен престой по целия свят. *Staphylococcus aureus* и особено MRSA има потенциал да се разпространява много бързо във болнична среда и понастоящем представлява труден за контролиране проблем в много страни в Европа и света. На особено голям риск са подложени хората с компрометиран имунитет. Появата на MRSA може да доведе до удължен болничен престой и по-висока смъртност, най-вече заради ограничената ефективност на лечението. Този микроорганизъм е най-често идентифициран като мултирезистентен.

2). Резултати от данните на надзора

След появата им MRSA са сред най-бързо разпространяващите се и трудни за контролиране бактерии в болнична среда, а отскоро и извън болниците. Изборът за лечение на инфекции с MRSA се свежда до гликопептиди (vancomycin, teicoplanin) или новите препарати – linezolid, quinupristin/dalfopristin и други, които са значително токсични и скъпи от бета-лактамите. Поради тези причини мониторирането на MRSA е от особена важност на всички нива. В България наблюдаваме едно стабилизиране на процента изолирани MRSA за 2010 и 2011 година до стойности под 10%.

Escherichia coli* и *Klebsiella pneumoniae

1). Клинична и епидемиологична значимост

E.coli е най-честия изолат в клиничната микробиологична практика и е разпространен патоген както в болничната така и в извънболничната среда. *E.coli* е най-честият причинител на амбулаторни и болнични уроинфекции, асоциира се със спонтанни и хирургични перитонити, причинява раневи инфекции, изолира се често от хемокултури и е един от най-важните патогени, свързани с хранителни токсикоинфекции.

K.pneumoniae също е един от най-честите Грам-отрицателни изолати в микробиологичните лаборатории, а в последните години показва много висок потенциал за развитие на резистентност, особено към цефалоспорините. Това прави този бактериален вид и един от най-честите причинители на вътреболнични инфекции (ВБИ). Често колонизира гастроинтестиналния тракт на хората но може да се открие по кожата и горни дихателни пътища на хоспитализирани. Най-честите причинявани инфекции са уринарните и на респираторния тракт. Те се свързват с опортюнистични инфекции при хора с нарушен имуен статус. Скоро след като са подложени на селективния антибиотичен натиск от страна на навлезлите в практиката бета-лактамни антибиотици, микроорганизмите изработват механизъм за защита – бета-лактамазите. Групата на широко-спектърните бета-лактамази (Extended-spectrum beta-lactamases) или ESBL) обуславят резистентност към повечето пеницилини и цефалоспорини. Много често микроорганизмите произвеждащи ESBL проявяват кръстосана резистентност и към аминогликозиди и флуорохинолони. Най-често съобщавани като продуценти на ESBL са на първо място видовете от род *Klebsiella*, следвани от *E.coli*. Резистентността към съвременните широкоспектърни β -лактамни антибиотици, медирана от широкоспектърни β -лактамази, е един непрекъснато нарастващ проблем в световен мащаб.

2). Резултати от данните на надзора

Според данните на BulSTAR през последните 5 години отрицателна е тенденцията за изолирането на щамове *K.pneumoniae* продуценти на ESBL, които достигат над 20%. Докато при *E.coli* нивата са по-стабилни и се движат около 5-6%.

Pseudomonas aeruginosa

1). Клинична и епидемиологична значимост

Pseudomonas aeruginosa е опортюнистичен патоген, който предизвиква инфекции в човешкия организъм при различни нарушения на имунната система като трансплантации, HIV/СПИН - положителни, както и при пациенти със съпътстващи системни заболявания - муковисцидоза, диабет, карциноми и др.

Той причинява уроинфекции, респираторни инфекции, дерматити, раневи инфекции, ентерити, сепсис, менингит и други най-вече като болнични инфекции, свързани с хоспитализация или друга здравна дейност. Като един от най-честите болнични патогени *P.aeruginosa* причинява около 10% от всички вътреболнични инфекции и тези инфекции завършват фатално при около 50% от случаите. Среща се изключително във водни среди и развива резистентност към голям брой срещани се в природата антибиотици. В резултат ограничен брой от известните в света антибактериални препарати остават ефективни срещу *Pseudomonas*, като силно развитите механизми на резистентност при някои щамове ги правят устойчиви срещу всички известни антибиотици и химиотерапевтици, превръщайки се в панрезистенти.

Разглеждайки динамиката в нивата на резистентност при някои универсално мониторирувани, ключови комбинации бактерии-антибиотик, се очертават няколко положителни тенденции. Според последните данни от Националния надзор, България е постигнала стационаране на резистентността при най-честите причинители на пневмонии – пневмококите; както и при най-разпространените Грам-отрицателните бактерии, в частност *E.coli*, произвеждащи бета-лактамази с разширен спектър. Също така се отчита и научно-доказано намаляване на нивата на метицилин-резистентни стафилококи в страната като цяло. Това е в резултат от усилията на БАМ и нашите микробиолози за по-добър контрол и превенция в болниците, както и на спазването на издадените методични указания за поведение при изолиране на резистентни бактерии в болничните отделения. От друга страна ръстът на изолати *Klebsiella pneumoniae*, продуценти на бета-лактамази с разширен спектър (от 14% за 2007 г. до 21% за 2011 г.),

е притеснителен, като се има предвид, че този процент е среден за страната. Трябва да се отбележи, че има болници и региони в страната, с по-висока концентрация на населението, в които този процент е над 70%. Масовата употреба на цефалоспорици от трета генерация, нерационалното функциониране на антибиотичната политика по места и малкото нови антибиотици, навлезли през последните години, изострят максимално проблема с растящата резистентност.

Мониторирание на антибиотичната консумация

За да бъдат по-правилно анализирани и интерпретирани тенденциите в резистентността на национално, регионално и локално ниво, е от голямо значение събирането на национални данни за консумацията на антибиотици. За всички медицински лица, предписващи рецепти, е особено важно да са запознати с появата на микробната резистентност като последствие от консумацията на антибиотици. Антибиотичният мониторинг е един от основните приоритети за страната ни, с оглед адаптирането към световните тенденции в борбата за рационално използване на антибиотичите, както и с оглед изискванията на ЕС към България и останалите страни-членки.

Данните за антибиотичната консумация са представени в амбулаторията, в болниците и като тотална (сумирана). За да бъдат сравними, всички изчисления са направени по формулата брой DDDs/1000 жители на ден, което е една от мерните единици възприети от СЗО за количествено измерване на антибиотичната консумация. Представени са резултатите за тоталната консумация в периода 2007-2011 година (Приложение – фигура 26). И за петте години на първо място се нареждат пеницилините, следвани от групата на макролиди и линкозамиди (MLS). На трето място са цефалоспорици и карбапенеми, а след тях – хинолони и тетрациклини.

При антибиотичната консумация в доболничната помощ подреждането на класовете антибиотици в първите места е аналогично, както в тоталната консумация. От всички класове групата на пеницилините заема между 44% (за 2007 година) и 38% (за 2011 година) от консумацията.

В болничните заведения структурата на най-употребяваните антибиотични класове е оформена по друг начин. Между 2007-2011 г. близо половината от цялата консумация е в полза на цефалоспорините със стойности между 0.8 и 1.1 DDDs/1000 жители на ден, с които заемат от 46 до 54% в сравнение с останалите класове. На второ място са пеницилините, самостоятелно и в комбинации с инхибитор, следвани от хинолоните и MLS групата. Аминогликозидите остават на пето място. Бета-лактамните антибиотици заемат най-голям дял от антибиотичната консумация в трите сектора.

В нашите болници преобладаващият натиск е изключително в полза на групата на цефалоспорините и карбапенемите. През 2007 г. и 2008 г. Първа и втора генерация цефалоспорици съставляват 73% и 63% от консумацията в рамките на тази група. През следващите три години този процент се измества към широкоспектърните цефалоспорици като през 2011 г. достига 71%. Големият процентен дял на цефалоспорините води до селективен натиск върху представителите от сем. *Enterobacteriaceae* и това се отразява на ръста на широко-спектърните бета-лактамази продуцирани от бактериите представители на това семейство.

4. ВЛИЯНИЕ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ И МЕЖДУНАРОДНИТЕ ПОЛИТИКИ ВЪРХУ РАЗВИТИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО

Европейски политики

През 2011 г. Министерство на здравеопазването участва активно заедно с останалите държави-членки на Европейския съюз за реализиране на приоритетите на полското и унгарското председателства на ЕС в областта на здравеопазването.

Основно участие бе в обсъжданията по приемането на Директива 2011/24/ЕС за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване, която ще бъде транспонирана до месец октомври 2013 г. С приемането на директивата се дава възможност за по-голяма мобилност на пациентите в рамките на ЕС и да улесняват диагностиката и предоставянето на висококачествено, достъпно и икономически ефективно здравно обслужване за всички пациенти със здравословно състояние, изискващо високоспециализираното здравно обслужване, посредством използване на иновации.

Започна и адаптацията на българското законодателство, съгласно Директива 2010/53/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 7 юли 2010 г. относно стандартите за качество и безопасност на човешките органи, предназначени за трансплантация, която следва да бъде транспонирана до август 2012 г. Транспонирането ѝ ще доведе до осигуряване на по-високо качество на стандартите за безопасност по време на целия процес на трансплантация, като необходимо условие за обмен на органи в рамките на ЕС. Отчитайки постигнатият досега напредък на ЕС в изграждането на правната рамка в сферата на трансплантацията, България започна работа върху Стратегия за развитие на донорството и трансплантологията в страната. Сред основните цели на стратегията могат да се посочат оптимизирането на процеса на донорство, повишаване на качеството на извършваните трансплантации в страната и гарантиране на достъпността на трансплантационните програми до гражданите на България.

Министерство на здравеопазването подкрепи и инициативата на ЕК за Предложение за преразглеждане на Директива 2001/37/ЕО за тютюневите изделия относно производството, представянето и продажбата на тютюневи изделия, която цели улесняване функционирането на вътрешния пазар в сектора на тютюневите продукти и гарантиране на висока степен на защита на общественото здраве. В края на 2010 г. ЕК представи за обществено обсъждане документ „Възможно преразглеждане на Директива 2001/37 за тютюневите продукти”, докладът от което бе публикуван през юли 2011 г.

Наред с гореизброените директиви, бяха въведени и други нормативни изисквания на ЕС в областта на добавките в храните, биоцидите, статистиката в областта на общественото здраве и здравословните и безопасни условия на труд, лекарствени продукти в хуманната медицина, козметични продукти, безопасност на водите и др.

България се включва активно в текущите дебати по проекта на **нова европейска Стратегия „Здраве 2020” в областта на здравеопазването**. Една от основните цели на Новата европейска политика в областта на здравеопазването „Здраве 2020” е свързаните със здравето въпроси да станат неразделна част от всички политики.

Други международни политики

В отговор на проведените през 2011 г. редица форуми на най-високо ниво по темата за превенция и контрол на незаразните заболявания, страната ни започна разработването на *Обща координирана програма* за превенция на хроничните незаразни заболявания, като по този начин България изпълнява един от основните ангажименти, поети в рамките на Глобалния форум на СЗО 2011: „Справяне с предизвикателствата на незаразните болести”, а именно – разработване на национални политики за превенция и контрол на незаразните болести.

Участие в международни програми и проекти

Министерство на здравеопазването е конкретен бенефициент за държавните лечебни и здравни заведения по Оперативна програма “Регионално развитие” и бенефициент по Оперативна програма “Развитие на човешките ресурси” 2007-2013 по следните проекти:

I. Оперативна програма “Развитие на човешките ресурси 2007 - 2013”

В рамките на Приоритетна ос 5, област на интервенция 5.3. “Работоспособност чрез по-добро здраве”:

Договор № BG051PO001-5.3.01-0001-C0001 по проект **„ИНФОРМИРАНИ И ЗДРАВИ”** - общ бюджет на проекта 4 692 754.30 лева.

Изпълнението на проекта стартира на 21 май 2009 г. с подписване на договора за финансиране и ще приключи на 21 юли 2013 г. В момента по проекта се отчита изпълнение на заложените задачи за 2011 г.

Усвоени средства по проекта – 1 178 973, 60 лв.

Договор № BG051PO001-5.3.02-0001-C0001 по проект **“СПРИ И СЕ ПРЕГЛЕДАЙ”** (Национална кампания за ранна диагностика на онкологични заболявания) - общ бюджет на проекта 19 558 281.73 лева.

Изпълнението на проекта стартира на 21 май 2009 г. с подписване на договора за финансиране и ще приключи на 21 октомври 2013г.

В рамките на Приоритетна ос 6: “Повишаване ефективността на институциите на пазара на труда, социалните и здравни услуги”, област на интервенция 6.2 “Укрепване на капацитета на институциите за социално включване и за предоставяне на здравни услуги”:

Договор № BG051PO001-6.02.02 **ПУЛСС (ПРАКТИЧЕСКИ УВОД В ЛЕЧЕНИЕТО НА СПЕШНИТЕ СЪСТОЯНИЯ)**- общ бюджет на проекта 6 258 653, 64 лева.

Изпълнението на проекта стартира на 10 юли 2009 г. с подписване на договора за финансиране и ще приключи на 10 декември 2013 г.

Договор № BG051PO001-6.02.03 **„АКРЕДИТАЦИЯ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ И ПРОДЪЛЖИТЕЛНОТО ОБУЧЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИЯ ПЕРСОНАЛ”**- общ бюджет на проекта 3 312 536.26 лева.

Изпълнението на проекта стартира на 10 юли 2009 г. с подписване на договора за финансиране.

II. Оперативна програма „Регионално развитие” 2007 - 2013

В рамките на Приоритетна ос 1 «Устойчиво и интегрирано градско развитие», Операция 1.1. „Социална инфраструктура”:

През 2011 г. бяха сключени 14 договора по проекти на ЛЗ с национално и регионално значение и договор, касаещ 8 ДМСГД.

Финансирането на лечебните заведения с над 50% държавна собственост е в размер на 147 978 554 лв. за следните ЛЗ:

- **10 лечебни заведения (ЛЗ) за ранна диагностика на онкологични заболявания**
 - 8 МБАЛ в Русе, Монтана, В. Търново, Сливен, Благоевград, Бургас, Смолян и Кърджали;
 - 2 УМБАЛ в Пловдив и Плевен ;
 - Резерви: Ст. Загора (при обединена ЛЗ), Габрово, Силистра
- **3 лечебни заведения за лечение на онкологични заболявания**
 - 3 УМБАЛ – 2 в София - СБАЛО и „Александровска” и Варна
 - Резерва: УМБАЛ “Царица Йоанна” - София
- **8 Дома за Медико-социални Грижи за Деца (ДМСГД) за деинституционализация**
 - София, Монтана, Русе, Габрово, Пловдив, Пазарджик, Перник, Търговище.

III. Оперативна програма “Югоизточна Европа”

Министерство на здравеопазването участва като партньор в проект SEE ЕоI/A/788/4.1/X **„ПРАВИТЕЛСТВЕНА СОЦИАЛНА ОТГОВОРНОСТ: ИНОВАТИВЕН ПОДХОД НА КАЧЕСТВО В ПРАВИТЕЛСТВЕНИТЕ ДЕЙСТВИЯ И РЕЗУЛТАТИ, МОДЕЛ G.S.R. (Governmental Social Responsibility Model: An Innovative Approach of Quality in Governmental Operations and Outcomes) - G.S.R. Model”.**

Водещ партньор е гръцката организация за стандартизация - Hellenic Organisation for Standartization (ELOT).

Общият бюджетна проекта е 1 985 000 евро, а бюджетът, предвиден за Министерство на здравеопазването, е 120 000 евро.

Изпълнението на проекта стартира през м. април 2009 г. и продължителността му е 36 месеца.

Изразходвани средства до 31.12.2011 г. – 34 300 euro или 29% от бюджета

IV. Българо-швейцарска програма за намаляване на икономическите и социалните различия в разширен ЕС

С подписването на Рамково споразумение между Правителството на Република България и Федералния съвет на Конфедерация Швейцария относно изпълнение на българо-швейцарската програма за сътрудничество за намаляване на икономическите и социалните неравенства в рамките на разширения Европейски съюз стартира проект «Домашни грижи за независим и достоен живот». Проектът се реализира от Българския червен кръст в партньорство с Министерство на здравеопазването и Министерство на труда и социалната политика.

Основната дейност на МЗ в проекта е работа по законодателните промени относно въвеждане на услугата „домашна грижа”, както и разработване на обучителна програма и въвеждане на специализацията „фамилна медицинска сестра”.

Проектът стартира през 2011 г. и се очаква да приключи 2014 г. Стойността на проекта е 1 900 000 швейцарски франка, като е предвидено съфинансиране от българска страна в размер на 13.4% от стойността на проекта, т.е. по 112 000 швейцарски франка от бюджетите на МЗ, МТСП и БЧК за целия период на изпълнение

5. ОТЧЕТ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ ЗА 2011 Г.

За оценка на изпълнението на Националната здравна стратегия 2008-2013 бе приложен подход за количествено оценяване на постигнато чрез използването на експертна оценка и контент анализ на официални документи, публикувани от Министерствот на здравеопазването, и доклади на Дирекции в МЗ, Националните центрове по обществено здраве и изпълнителните агенции към него с цел постигане на обективност на резултатите от оценката. Използвани бяха същите методи за оценка приложени в предишните две години с цел съпоставимост на резултатите през периода 2009-2011 година и осигуряване на обективност при оценяването.

За изработването на оценката по постигнатото изпълнение на заложените задачи в Стратегията бе приложен метода на експертната (Делфи метод), който накратко е описан както следва:

Метод на експертната

Оценката по този метод се основава на получаването и обработката на експертните оценки на специалисти с голям опит, квалификация и (желателно) интуиция. Нарича се още метод на евристичното прогнозиране.

При използване на метода на експертната възниква необходимост от някакъв количествен измерител на близостта или разминаването на експертните оценки. Като такъв е предложен коефициентът на конкорданция (на съгласие) на оценките:

$$W = \frac{12 \cdot S}{m^2 (n^3 - n)}$$

където - m - брой на участващите експерти
 n - брой на признаците (показателите)
 S - разлика, която се определя по формулата

$$S = \sum p^2 - \frac{(\sum p)^2}{n}$$

Колкото W е по-близък до 1, толкова е по-висока съгласуваността между оценките на експертите.

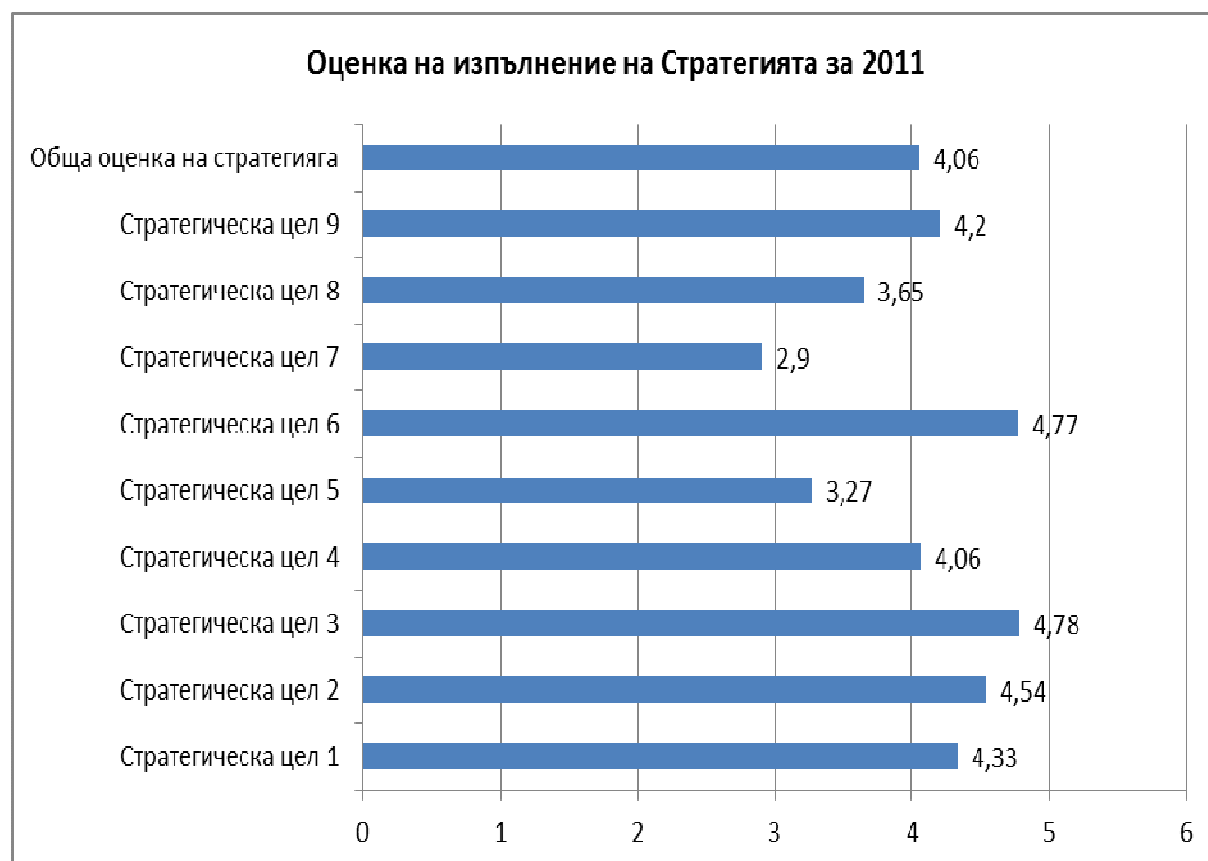
От експертите бе поискано да дадат оценка за постигнатото изпълнение между 0 и 10, където 0 е 0% изпълнение, а 10 е 100% изпълнение.

Изпратени бяха 37 въпросника, като се получи отговор от 27 експерти – respond rate – 72,97%. В голямата си част експертите не отговориха на всички въпроси, а само в областите в които работят.

От получените отговори по оценката на изпълнението на заложените цели и задачи в стратегията бяха анализирани и коефициентите на конкорданция между оценките на експертите.

На фигура 25 е представен окончателния резултат от получените оценки.

Фигура 25. Оценка на изпълнение на стратегията



От представените данни е видно, че общата оценка за изпълнение на стратегията за 2011 г. е в рамките на **40.6%** (оценка 4.06), като най-ниско изпълнение има при **стратегическа цел № 7 - СЪЗДАВАНЕ НА ИНТЕГРИРАНА СИСТЕМА ЗА ЕЛЕКТРОНЕН ОБМЕН НА ДАННИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО (29%)**, следвана от **стратегическа цел № 5 - ОСИГУРЯВАНЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ И МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ, СЪОТВЕТСТВАЩИ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ И ИКОНОМИЧЕСКИТЕ ВЪЗМОЖНОСТИ НА НАСЕЛЕНИЕТО (32.7%)** и **стратегическа цел № 8 - ОСИГУРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВА УСТОЙЧИВОСТ НА НАЦИОНАЛНАТА СИСТЕМА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ (36.5%)**. Най-високо изпълнение (по оценка на експертите) има при **стратегическа цел № 3 - ПОДОБРЯВАНЕ НА ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ (47.8%)** и **стратегическа цел № 6 - РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО (47.7%)**.

За да бъде направена оценка на статистическата достоверност на получените резултати бяха изчислени и съответните показатели, представени на таблица 6.

Таблица 6. Коефициент на конкордация между оценките на експертите при оценяване на постигнатото изпълнение по стратегията

	Брой експерти	p	S	m ²	n ³	W	χ ²	K	K табл.	Достоверност на W
Стратегическа цел 1	11	4,3 3	18,748 9	17,0444 5	12 1	34 3	0,00039 8	6	14,34	χ ² < v
Стратегическа цел 2	12	4,5 4	20,611 6	18,8939 7	14 4	64	0,00230 1	3	7,81	χ ² < v

Стратегическа цел 3	13	4,7 8	22,848 4	21,0908 3	16 9	34 3	0,00035 7	6	14,34	$\chi^2 < v$
Стратегическа цел 4	12	4,0 6	16,483 6	15,1099 7	14 4	64	0,00181 5	3	7,81	$\chi^2 < v$
Стратегическа цел 5	14	3,2 7	10,692 9	9,92912 1	19 6	12 5	0,00039 6	4	9,48	$\chi^2 < v$
Стратегическа цел 6	11	4,7 7	22,752 9	20,6844 5	12 1	8	- 0,08134 1	1	3,38	$\chi^2 < v$
Стратегическа цел 7	12	2,9	8,41	7,70916 7	14 4	64	0,00086 3	3	7,81	$\chi^2 < v$
Стратегическа цел 8	9	3,6 5	13,322 5	11,8422 2	81	27	0,00787 4	2	5,99	$\chi^2 < v$
Стратегическа цел 9	10	4,2	17,64	15,876	10 0	64	0,00275 5	3	7,81	$\chi^2 > v$

V – получава се от таблица за оценка на χ^2

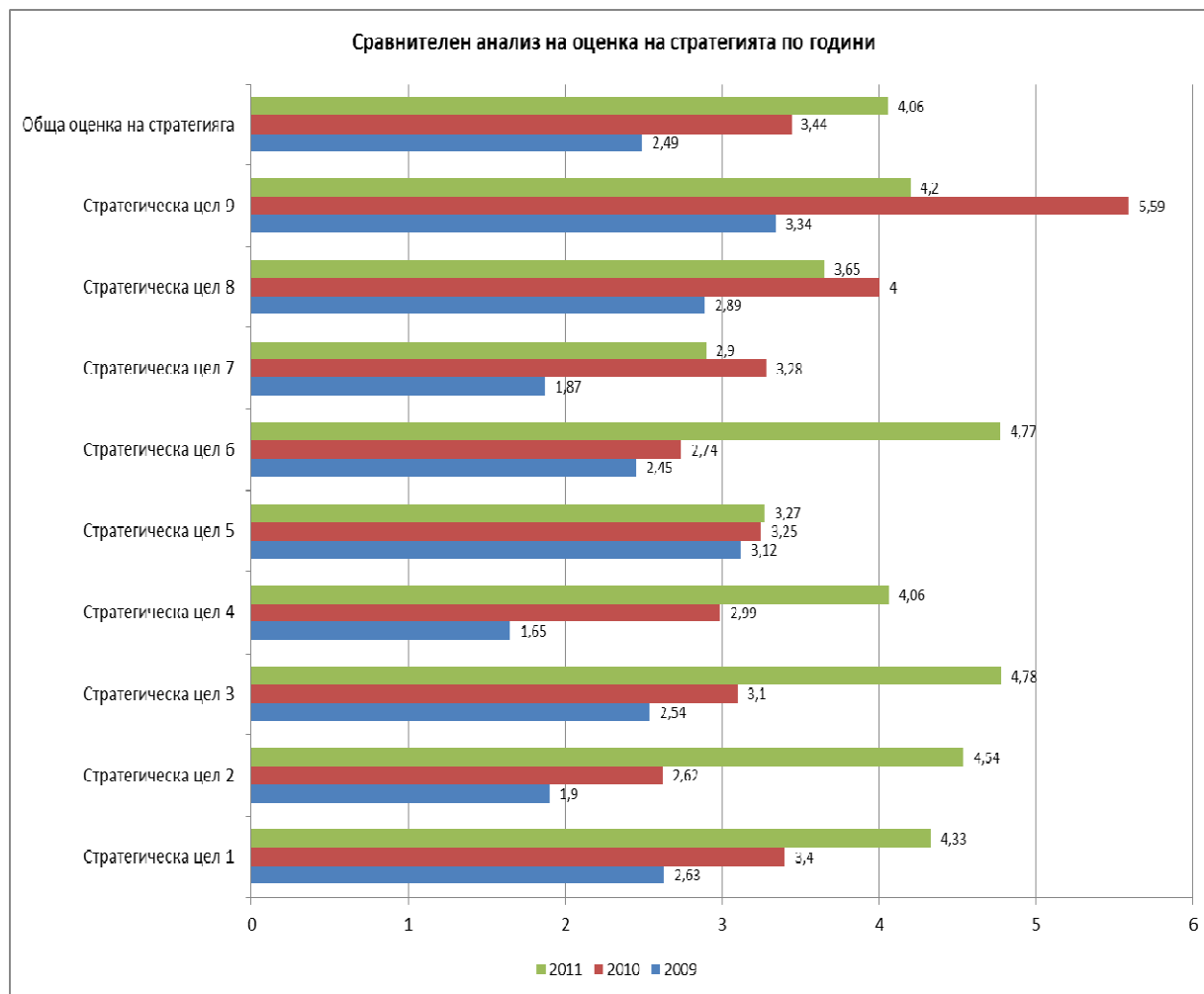
Колкото W е по-близък до 1, толкова е по-висока съгласуваността между оценките на експертите. За определяне на достоверността на W се използва критерия χ^2 .

Коефициентът W е достоверен когато χ^2 е по-голям от табличната стойност при степен на свобода $K = n - 1$. В този случай (първи ред на таблицата) $K = 6$, при $p = 0,05$ стойността от таблицата е 14,34. Следователно коефициентът W не е достоверен.

От данните е видно, че коефициента на конкордация (съгласуваност) на оценките на експертите е нисък, което води до извода, че тези оценки трябва да се приемат с голямо ниво на несигурност.

За да се постигне пълна оценка на стратегията бяха съпоставени данните от предишните години, през които е извършвана оценка, които показаха следното:

Фигура 26. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години



От данните по години е видно, че при стартирането на стратегията през първата година общата оценка по изпълнението на задачите е в рамките на 24,9 %, като през 2011 г. достига до 40,6%. Развитие в изпълнението на стратегия в годините 2009-2011 се наблюдава при *Стратегическа цел 1. ОСИГУРЯВАНЕ УСЛОВИЯ ЗА ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ – 43.3%*, *Стратегическа цел 2. ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ГАРАНТИРАНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ С ПОВИШЕНО КАЧЕСТВО И ОСИГУРЕН ДОСТЪП ДО ТЯХ – 45.4%*, *Стратегическа цел 3. ПОДОБРЯВАНЕ НА ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ – 47.8%*, *Стратегическа цел 6. РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО – 47.7%* .

Задържане на процеса на изпълнение се наблюдава при *Стратегическа цел 5. ОСИГУРЯВАНЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ И МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ, СЪОТВЕТСТВАЩИ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ И ИКОНОМИЧЕСКИТЕ ВЪЗМОЖНОСТИ НА НАСЕЛЕНИЕТО – 32.7%* .

Впечатление прави забавяне в темповете по изпълнението на стратегията при *Стратегическа цел 7. СЪЗДАВАНЕ НА ИНТЕГРИРАНА СИСТЕМА ЗА ЕЛЕКТРОНЕН ОБМЕН НА ДАННИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО – 29%*, *Стратегическа цел 8. ОСИГУРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВА УСТОЙЧИВОСТ НА НАЦИОНАЛНАТА СИСТЕМА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ – 36.5%* и *Стратегическа цел 9. ЕФЕКТИВНО ЧЛЕНСТВО В ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ – 42%*, които в предходната година са били водещи по изпълнението.

Налага се изводът, че в оставащия период до 2013 г., когато е програмното време на Националната стратегия ще се постигне пълно изпълнение на заложените цели, ако не настъпят неочаквани събития, които да възпрепятстват процеса.

За да се изследват факторите, въздействащи върху изпълнението на Стратегията бе направен *контент анализ* на официално публикуваните документи на МЗ и съответно наличните доклади за дейността на МЗ и съответните дирекции и структури към него.

Бяха анализирани следните документи:

- Проект на Концепция за устойчиво развитие на спешната медицинска помощ в Република България
- Нов модел за финансиране на болничната помощ
- Национална здравна карта
- Концепция за по-добро здравеопазване
- Концепция за деинституционализация на децата от Домовете за медико-социални грижи
- Допълнение към Концепцията за болнично реструктуриране
- Изменение на Концепцията за болнично реструктуриране
- Докладите за дейността на Националните центрове по обществено здраве – 5 броя
- Доклади с годишните отчети на дирекции на МЗ – 6 броя
- Доклади на изпълнителни агенции – 3 броя

От направения анализ на документите (21) в 14 (66.6%) от тях има реферирание към Националната здравна стратегия и съответно към Плана за действие. В останалите няма насочване към изпълнение на заложените цели в нея.

На основание заложените цели и задачи в Националната стратегия са изготвени 17 промени в нормативната база, 4 проекта на Национални програми.

Анализът на документите показва, че има известно изместване на фокуса от целите и задачите на стратегията към дейности и задачи, които са възникнали във връзка с променената ситуация, а именно – влияние на общите фактори на окръжаващата среда – финансова и икономическа криза, повлияваща финансирането на дейностите по стратегията, промяна на политиките на Европейския съюз и приемане на нови предизвикателства, пренасочване на решаването на определени дейности и постигането на целите чрез разработването на концепции⁴⁸ в различни направления, а именно изработване на различни становища или представи за определените здравни явления в този период.

Република България участва активно в изпълнението на Националната стратегия по линия на финансов механизъм „Съвместни инициативи”. През 2011 г. Република България се включи във всички Съвместни инициативи, а именно:

- 1. Допълваща съвместна инициатива към пилотната оценка на целеви здравни технологии (Проект EUnetHTA JA 2).** Участник – асоцииран партньор по проекта НЦОЗА.
- 2. Европейска мрежа за Сигурност на пациента и качество на здравните грижи (Проект PaSQ).** Участник – асоцииран партньор по проекта НЦОЗА.
- 3. Подпомагане на страните-членки за достигането на пълен потенциал при даряване на органи от живи или починали донори (проект ACCORD).** Участник – асоцииран партньор по проекта – Изпълнителна агенция по трансплантация.

⁴⁸ Концепция – 1) Становище, гледище, разбиране по някой проблем; 2) Теоретически замисъл, представа (български тълковен речник)

В рамките на Работна група 22 „Здравеопазване” са нотифицирани 11 Директиви на ЕС. Изработени са национални мерки за въвеждане на европейското законодателство, включени в Плана за действие за 2011 г. с мерките, произтичащи от членството на Република България в ЕС в следните области: биоцидни продукти, заразни заболявания; кръв и кръвни съставки.

През 2011 г. срещу България се водеха следните процедури по нарушение на европейското законодателство:

1. Липса на нотификация на Директива за изпълнение 2011/38/ЕС на Комисията от 11 април 2011 г. за изменение на приложение V към Директива 2004/33/ЕО по отношение на максималните стойности на рН за тромбоцитни концентрати в края на срока на годност – **процедурата е приключена**

2. Липса на нотификация на Директива 2009/113/ЕО на Комисията от 25 август 2009 г. за изменение на Директива 2006/126/ЕО на Европейския парламент и на Съвета относно свидетелствата за управление на моторни превозни средства – водещата институция е МТИТС - **процедурата е приключена**

3. Непълно транспониране на Директива 73/239/ЕИО на Съвета относно координирането на законовите, подзаконовите и административните разпоредби относно достъпа до и упражняването на пряка застрахователна дейност, различна от животозастраховане, Директива 88/357/ЕИО на Съвета относно координирането на законовите, подзаконовите и административните разпоредби, отнасящи се до прякото застраховане, различно от животозастраховането, и формулираща разпоредби за улесняване ефективното упражняване на свободата на предоставяне на услуги и изменяща Директива 73/239/ЕИО, Директива 92/49/ЕИО на Съвета относно координирането на законовите, подзаконовите и административните разпоредби, свързани с прякото застраховане, различно от животозастраховането и за изменение на Директиви 73/239/ЕИО и 88/357/ЕИО – **очаква се приключването ѝ след приемането на ЗИД на ЗЗО, с който се въвеждат съответните разпоредби .**

Пред Съвета по европейските въпроси към МС във връзка с изпълнението на Националната стратегия и Плана за действие Министерство на здравеопазването изготви отчет по Годишната програма за 2011 г. за участие на Република България в процеса на взимане на решения в ЕС и изпълнението на Плана за действие с мерките, произтичащи от членството в ЕС.

По отношение на Плана за действие общата оценка по изпълнението му е **56.7%** (по-високият процент на изпълнение при Плана за действие от Националната стратегия се дължи на повтаряемост на определени действие всяка година) - Приложение 8.4

На основата на направения анализ могат да се направят следните обобщени изводи:

1. Изпълнението на Стратегията и Плана за действие продължава да е неритмично и недостатъчно добре организирано през годините, като това е особено показателно при Стратегически задачи 7, 8 и 9.

2. Има известно изместване на фокуса на дейността на Министерството на здравеопазването от целите и задачите на стратегията към нови концептуални направления, което е свързано както с влиянието на определени външни фактори, така и с влиянието на мнения и становища на здравни политици и ръководители в системата на управление на здравеопазването.

3. Продължава да се отчита несъгласуваност на действията както между отделните структури на Министерството на здравеопазването по изпълнение на стратегията, така и на отделните експерти, работещи в тях, което проличава и при несъгласуваността на оценките им и липсата на единство и координация проличало при анализа на съдържанието на документите (контент анализа).

4. Стратегията много подробно описва системата на здравеопазването на България, нейните отличителни черти и слаби места, но в нея не се обръща достатъчно внимание на състоянието на общественото здраве и на реалните потребности от здраве на гражданите на България.

5. Тя (стратегията) е ясно насочена навътре, в решаването на проблемите на структурни дефекти на здравната система, а не където трябва - да се насочи навън, към разрешаване на здравните потребности на населението.

6. Стратегията не демонстрира намерение за справяне с проблемите, отнасящи се до здравето и качеството на живот на българското население, вместо това тя е фокусирана изключително върху присъщите проблеми на системата на здравеопазването.

7. В стратегията няма ангажимент и взаимовръзка между целите, свързани с подобряване на здравето на населението и възможното административно и финансово обезпечаване;

8. Стратегия по скоро звучи като ангажимент на администрацията, която от своя страна счита, че общественото здраве, е изцяло продукт и е в зависимост от функционирането на системата за здравеопазване, а не обратното.

9. Стратегията, нито защитава правата, нито определя отговорностите на българските граждани свързани със здравето им (индивидуално, семейно, групово, обществено), а вместо гражданина в нея се постановява начина, по който, според Министерството на здравеопазването (или на администраторите в него), тази система трябва да бъде структурирана и да функционира, без да се вземат предвид интересите на същите тези граждани.

10. Институционалният капацитет - способността на правителствените експерти да намерят, анализират, представят и включат доказателства относно приоритетите, целите, дейностите и задачите е ниска и затова трябва да се подпомогне чрез използването на по-широк кръг специалисти от академичната общност и неправителствените организации, като възможен източник на тези доказателства. Приемането на принципите, че на базата на емпирични данни се формулира всяка политика може да подпомогне процеса на изготвянето на такъв вид документи и да подпомогне вземането на политически решения – здравна политика базирана на доказателствата.

11. Оценката на стратегията и постигнатото не е постоянен процес на мониториране, а едномоментен акт един път в годината, което води до липса на координация и демотивация по изпълнението на заложените цели.

12. Анализите и оценките на стратегията и плана за действие се затрудняват поради често общия характер на заложените цели, задачи, дейности и резултати.

13. Анализите и оценките по изпълнение на стратегията са субективни поради липсата на обективно измерими индикатори за оценка

14. Изпълнението на Стратегията и Плана за действие не е обвързано с необходимите ресурси – финансови, кадрови и т.н.

15. Много от заложените цели, дейности и програми са само на хартия, нямат реално приложение.

16. Много от заложените цели, дейности и резултати отговарят на съответните в международните документи и договорености – със СЗО, ЕС и други, но не са имплементирани в Стратегията и в Плана за действие като реално оценени приоритети и дейности, а като пожелателни усилия.

17. Стратегията и Плана за действие са общополитически документи, но в тях липсват акценти, които да се съотнасят с приоритетите на страната и на гражданите.

18. Изпълнението на Стратегията и Плана за действие е в третата година на програмния период, като хоризонта на същата е до 2013 година. Това налага да се планира и започне работа по създаване на нова стратегия за следващите години, която да отрази поуките от досегашното изпълнение на този стратегически документ и най-вече да отразява новите реалности, свързани с участието на България в Европейските структури и политики и заложените цели и задачи по програма 20/20.

6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ – ОСНОВНИ РИСКОВЕ И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД БЪЛГАРСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Здравно демографско състояние

- Демографските процеси в България се характеризират с трайна тенденция на намаляване броя на населението и на неговото застаряване. Основни причини за това са ниската раждаемост, нарастването на смъртността и емиграцията на значителна част от младите хора. Две трети от намалението на населението се дължи на отрицателния естествен прираст и една трета - на външна миграция.
- Ниското ниво на раждаемост и високата смъртност обуславят отрицателния естествен прираст на населението през последния десетгодишен период.
- Запазва се тенденцията за нарастване на съотношението жени/мъже след 50 годишна възраст. Въпреки общия превес на жените, в по-ниските възрастови групи те са по-малко от мъжете, което обуславя по-ниски нива на демографско възпроизводство на населението.
- През последното десетилетие настъпват съществени негативни промени във възрастовата структура на населението. Продължава процесът на демографско остаряване, характерен и за другите страни на ЕС, изразяващ се с намаляване на броя и дела на населението до 15-годишна възраст и увеличаване на дела на населението над 65 години.
- През последните години се увеличава средната продължителност на живота, но тя е с 6 години по-ниска от тази в ЕС.
- Наблюдава се дълготрайна тенденция за намаляване на раждаемостта, обективно обусловена от влиянието на редица демографски, социални и икономически фактори, но остава по-ниска от средната стойност за ЕС.
- Въпреки изразеното намаляване на броя на абортите, те съставляват половината от ражданията през годината. Всеки десети аборт е извършен на лице до 19-годишна възраст. Броят на абортите на 1000 живородени в България през 2011 г. е 2 пъти по-висок от средния за ЕС.
- Проблем за България е високото ниво на смъртността – обща и преждевременна. През 2011 г. общата смъртност е значително по-висока от средната стойност за ЕС. Запазва се тенденцията смъртността да бъде по-висока при мъжете, отколкото при жените и в селата, отколкото в градовете.
- Показателят на преждевременната смъртност запазва нивото си за последните 5 години и продължава да е високо. Всяко четвърто умира в страната е на лице, ненавършило 65 години. При мъжете преждевременната смъртност е 2 пъти по-висока от тази при жените.
- България остава страна с един от най-високите стандартизирани коефициенти за смъртност по всички причини.
- Стандартизираният коефициент за смъртност на 100 000 души население в България, надвишава средния за ЕС по 17 причини. България заема 5 първи места – стандартизирания коефициент за смъртност от новообразувания; болести на органите на кръвообращението; други болести на сърцето; мозъчно-съдова болест; някои състояния, възникващи в перинаталния период.
- Стандартизираният коефициент за смъртност за България от болести на органите на кръвообращението остава двойно по-висок в сравнение с ЕС. Смъртността от новообразувания в България е по-висока от средната за ЕС.

- В структурата на умиренията по причини, продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението и новообразуванията.
- В структурата на умиренията от болестите на органите на кръвообращението с най-висок дял са представени сърдечната недостатъчност, мозъчносъдовата и исхемична болест на сърцето.
- В структурата на умиренията от злокачествени новообразувания водещи са заболяванията на бронхите и белия дроб, следват тези на дебелото черво, млечната жлеза при жените, стомаха, панкреаса и на простата. Общо те обуславят повече от половината умирения от този клас болести.
- Продължава да е висока детската смъртност, независимо от изразената положителна тенденция към снижаване. Достигнатото равнище на детската смъртност през последните 4 години е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България и въпреки това остава 2 пъти по-високо, отколкото в ЕС.
- Неблагоприятни остават повъзрастовите показатели за детска смъртност – перинатална, неонатална, постнеонатална, сравнени с ЕС.
- В структурата на детската смъртност по причини най-голям е броят на починалите поради някои състояния, възникващи през перинаталния период, вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации, болести на органите на кръвообращението и на дихателната система.
- Запазва се териториалните различия в нивата на отделните здравно-демографски показатели.
- Продължават да намаляват болестността и заболяемостта от туберкулоза.
- Нараства болестността и заболяемостта от злокачествени новообразувания.
- Нараства броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения. Най-голям е броят на хоспитализираните на 100 000 население сред лицата над 65 годишна възраст. Сред причините за хоспитализация водещи са болестите на органите на кръвообращението, болестите на дихателната система и болестите на храносмилателната система
- Броят на лицата с първично определена трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане над 16 год. възраст през последните години показва тенденция за намаляване. Регистрира се увеличаване на броя на децата до 16 г. възраст признати за лица с вид и степен на увреждане.
- Здравното състояние на децата и учениците през 2011 г. не се различава съществено от предходните години, но са налице някои неблагоприятни промени като: нараства броя на децата и учениците с наднормено тегло и затлъстяване; увеличават се заболяванията на дихателната система, особено при децата до 3 годишна възраст; недостатъчен е обхватът на учениците с профилактичен преглед, особено при първокласниците.

Рискови фактори

- Пробите с отклонения, превишаващи регламентиранияте съгласно нормативните документи допустими концентрации за всеки конкретен атмосферен замърсител, са 7.74% за праховите аерозоли и 0.47% за газообразните замърсители.
- Относителният дял на пунктовете с превишени шумови нива се повишава. Влошава се акустичната обстановка в зони, подлежащи на усилен шумова защита, прилежащи към детските, здравните и учебните заведения, жилищата и местата за отдих и рекреация.

- По изследваните радиологични показатели във водните проби, хранителните продукти и пробите от околна среда не са констатирани отклонения.
- При *контрола на обекти от ядрената промишленост с национално значение* не са установени отклонения от нормативните граници.
- Намалява общият брой трудови злополуки и трудови злополуки със смъртен изход.
- Най-съществените несъответствия в качеството на питейните води в някои региони на страната са трайните наднормени концентрации (до 2 пъти над нормите) по здравно значимите показатели нитрати, хром и флуориди.
- Качеството на водите за къпане в страната отговарят на националните и европейските изисквания.
- През 2011 г. почвите в страната са били в добро екологично състояние.
- Общият брой на трудовите злополуки, злополуките със смъртен изход и на изгубените календарни дни съществено намаляват.
- Наблюдават се положителни промени в модела на хранене на населението в България.
- Отрицателни характеристики в модела на хранене се наблюдават при децата в ученическа възраст. При голяма част от учениците се установява ниска физическа активност.
- Рисковите фактори свързани с начина на живот у нас са широко разпространени сред населението.
- Продължава да се увеличава броят на учениците, употребили наркотични вещества в живота си.

Функциониране на здравната система

- Системата на здравеопазване в България разполага с изградени структури и органи за управление и контрол, които осигуряват нейното функционално единство и взаимодействие и задоволяват основните потребности на населението от медицинска помощ.
- Влиянието на Глобалната финансова криза се проявява чрез негативни ефекти върху възможностите за ресурсното осигуряване на системата и повишено търсене на здравни услуги от страна на населението.
- Финансовите ресурси за функционирането на системата през 2011 г. бележат увеличение, но продължават да изостават като % от БВП и среден разход за 1 лице, в сравнение с останалите европейски държави.
- Осигуреността на системата с човешки ресурси се доближава до средните европейски показатели на фона на прогресивно влошаване на възрастовата структура на медицинските специалисти, недостатъчен брой обучаващи се студенти и увеличаване на броя на медицинските специалисти, желаещи да търсят професионална реализация извън страната.
- Разпределението на структурите от националната здравна мрежа е неравномерно с нарастващи териториални различия и неравнопоставеност на населението по отношение на достъпа до отделните видове медицинска помощ.
- Нарушено е взаимодействието и координацията между отделните сектори на системата - първична медицинска помощ (общопрактикуващите лекари), специализирана извънболнична помощ, което нарушава интегритета на системата и намалява качеството и ефективността на медицинската помощ

- Въпреки сравнително високия брой ОПЛ в страната и високия процент пациенти, избрали личен лекар, нараства неудовлетвореността на населението от достъпа, организацията и качеството на предоставяните първични медицински грижи.
- В сектора на първичната медицинска помощ се наблюдава неравномерно териториално покритие с практики на общопрактикуващи лекари, особено в районите с влошена инфраструктура, труднодостъпни и отдалечени населени места.
- Преобладава индивидуалната форма на организация на дейността на общопрактикуващите лекари.
- Въпреки въведените през 2011 г. стимули, все още липсва реално осигурено 24-часово обслужване на населението от общопрактикуващите лекари, което натоварва системата за спешна медицинска помощ с обслужването на неспешни случаи.
- Липсва подобряване на дейностите по промоция на здраве и профилактика на болестите, осъществявани от ОПЛ и относителния дял на обхванатите с профилактични прегледи лица.
- В сектора на специализираната извънболнична помощ се наблюдават негативни тенденции на дезинтеграция с висок относителен дял на индивидуалните практики и липса на ефективни взаимовръзки между тях, концентрация в големите градове и влошаваща се технологична осигуреност.
- Недостатъчен брой на лечебните заведения за извънболнична помощ с разкрити легла и потенциал за осъществяване на дейности с краткотраен престой на пациента
- Извънболничната помощ не може да осигури на населението достъп до достатъчна по обем и качество медицинска помощ, която да позволи да се намалят потребностите от значително по-скъпата болнична помощ чрез активна профилактика, ранна диагностика и адекватно и ефективно лечение в амбулаторни условия.
- Функционирането на системата на спешната медицинска помощ е затруднено от липсата на ясно дефиниране на обекта на спешната помощ, което предполага често неадекватното и обременяване с неспецифични функции както от пациентите, така и от самата здравна система
- Наблюдава се влошаваща се кадрова осигуреност, недостатъчна квалификация и демотивация на работещите в системата за спешна медицинска помощ;
- Нараства обръщаемостта към системата за спешна медицинска помощ, поради затруднения в достъпа до извънболнична и болнична помощ, в т.ч. и поради нарушени здравноосигурителни права;
- Секторът на болничната медицинска помощ е в състояние да задоволи най-масовите потребности на населението от болнична помощ.
- Налице е обща осигуреност със структури, болнични легла и медицински персонал, но е необходимо значително вътрешно реструктуриране, включващо намаление на броя на леглата за активно лечение и разкриване на легла за долекуване и продължително лечение, хосписи, легла за краткотраен престой, при ясно категоризиране и териториално разпределение на болничните заведения.
- Задържащата се висока честота на хоспитализациите в страната следва да бъде обект на комплексни действия в бъдеще.
- Липсва функционална хоризонтална и вертикална интеграция на структурите от болничната мрежа на национално, регионално и областно ниво.

- Наложителна е специализация и оптимизиране на „портфейла” от болнични услуги, с цел най-пълно задоволяване на потребностите на населението при най-ефективно използване на наличните ресурси.
- В системата на здравеопазване липсва ефективен инструментариум за контрол на качеството на медицинската помощ.

7. ФАКТИ, АНАЛИЗИ И ОЦЕНКИ ЗА ЗДРАВЕТО И ЗДРАВНАТА СИСТЕМА НА БЪЛГАРИЯ ОТ МЕЖДУНАРОДНИ ПРОУЧВАНИЯ

7.1. Европейски здравен потребителски индекс

Европейският здравен потребителски индекс се публикува от 2005 г. от шведската консултантска организация Health Consumer Powerhouse, и успя да се наложи като стандарт за измерване на здравеопазването в Европа. Индексът класира здравните системи в 34 европейски държави по 42 индикатора, разделени в пет области: права на пациентите и информация; достъп до лечение и листи на чакащи; резултати от лечението; профилактика и обхват на осигурените услуги, и достъп до лекарства. Данните се събират от публичната статистика, проучвания сред пациенти и независими изследвания на Health Consumer Powerhouse.

За шести пореден път България е на дъното на европейска здравна класация. Страната ни е на предпоследното място в Европа по здравеопазване, според резултатите от Европейския здравен потребителски индекс за 2011 год. На първо място отново е Холандия с 885 точки от 1000 възможни, следвана от Дания (837 точки), Исландия (810 точки), Люксембург (802 точки) и Белгия (797 точки). България набира 461 точки, което е наполовина от резултата на Холандия. След нас остава само Сърбия с 457.

„Ако трябва да бъдем честни, не е правилно да сравняваме България с богатите страни-членки на ЕС”, смята д-р Арне Бьорнберг, главен оперативен директор на Health Consumer Powerhouse и ръководител на екипа, работил по Европейския здравен индекс. Според нея по-адекватно би било да се сравняваме със съседни страни като Румъния (497 точки) и Сърбия (457). „Това, което ме притеснява е, че след пет години членство в ЕС България все още се представя много зле. На българите им липсват голяма част от съвременните лекарства. Корупцията и неравнопоставеността са очевидни проблеми в здравеопазването“.

7.2. Изследване на BLOOMBERG за най-здравите страни в света

По данни на Световната здравна организация, Обединените нации и Световната банка⁴⁹ България заема 73-то място от 145 държави в класацията на американската компания за финансови анализи Bloomberg (2011 г.) за най-здравите нации в света.

Класацията е формирана въз основа на фактори и рискове като средна продължителност на живота, детска смъртност, причини за смъртност, преживяемост до 65 г. и очаквана продължителност на живота след 65 г., тютюнопушене и употреба на алкохол, дял на хората с наднормено тегло и затлъстяване, физическа активност, висок общ холестерол, високо кръвно налягане, повишена кръвна захар на гладно, ХИВ позитивни, безопасност на води и достъп до санитарни съоръжения, обхват с имунизации, майчина смъртност и др. Общият риск е средната оценка на риска на всички фактори, увеличена с коефициент на корекция, зависещ от брутният национален доход на глава от населението.

Класацията се оглавява от Сингапур, а челната десетка се допълва от Италия, Австралия, Швейцария, Япония, Израел, Испания, Холандия, Швеция и Германия. На дъното са Конго, Лесото и Свазиленд. Гърция е на 16 позиция в класацията, Албания - на 38 място, Румъния също ни изпреварва и е на 69 място. Непосредствено преди България се нарежда Саудитска Арабия, а веднага след нас е Сърбия. Общият индекс

⁴⁹ Bloomberg rankings. THE WORLD'S HEALTHIEST, www.bloomberg.com

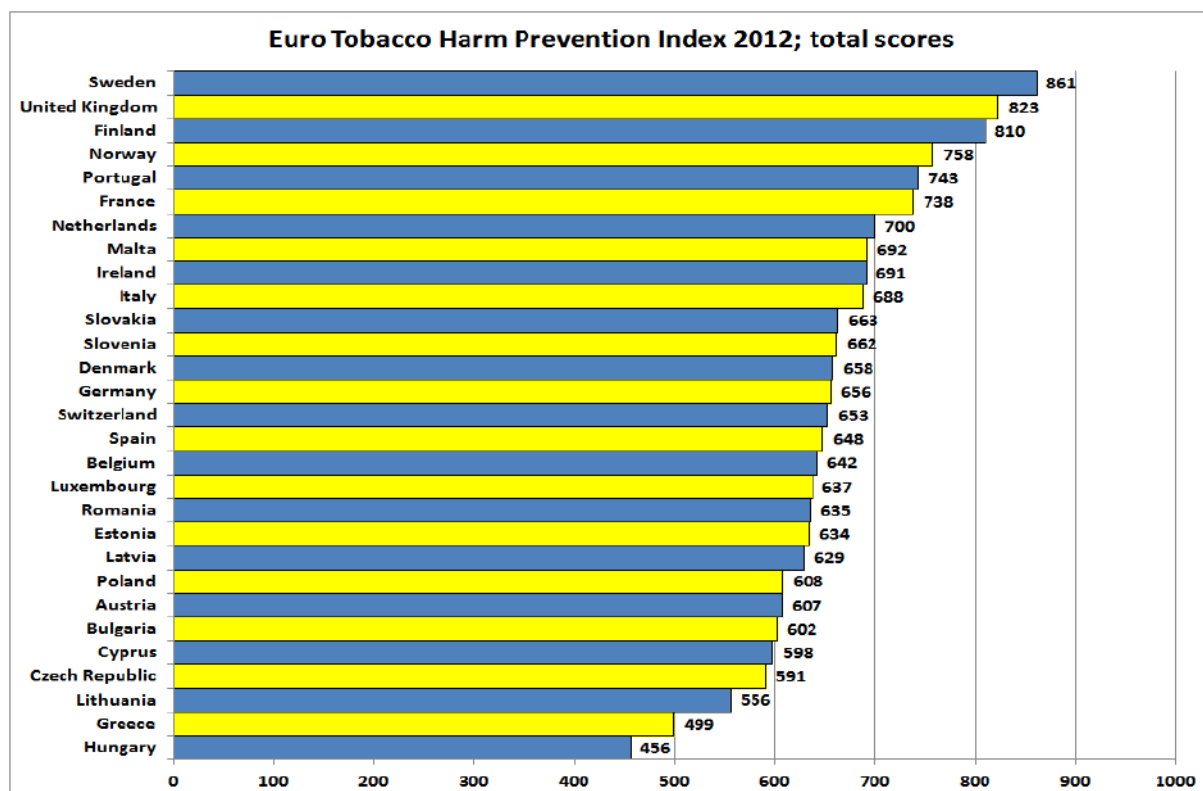
на здравето на България е 47,54, като оценката на риска е 6.08. (Приложение – таблица 42).

7.3. Изследвания на Health Consumer Powerhouse

Индекс за вредата от тютюнопушенето (Tobacco Harm Prevention Index)⁵⁰ -

Целта на този индекс е да се анализира и сравни как 29 европейски страни решават проблемите свързани с вредата от тютюнопушенето. България заема 24 от 29 изследвани страни със справянето с проблемите, свързани с вредата от тютюнопушенето. Получените резултати са представени на фигура 27.

Фигура 27.



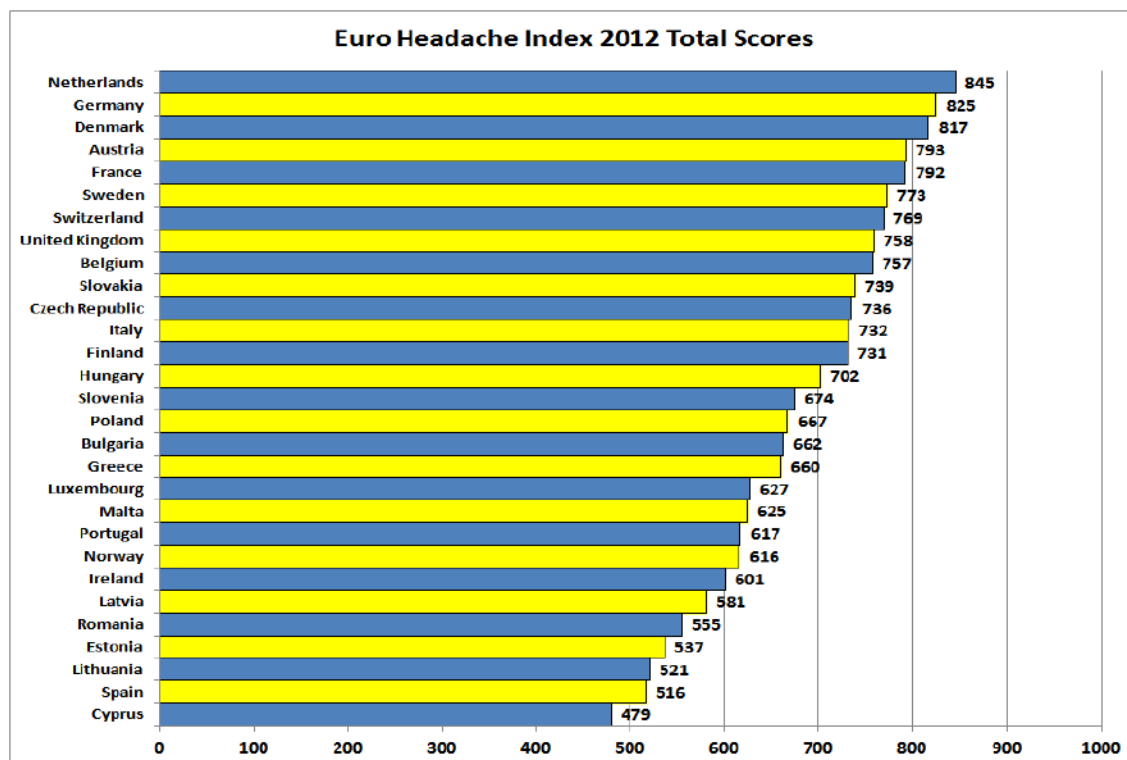
Европейски индекс за главоболие по различни причини (Euro Headache Index⁵¹)

При проведено проучване през 2011 година по общия индекс за главоболие България заема 17 място от 29 страни – фигура 28.

⁵⁰ info@healthpowerhouse.com

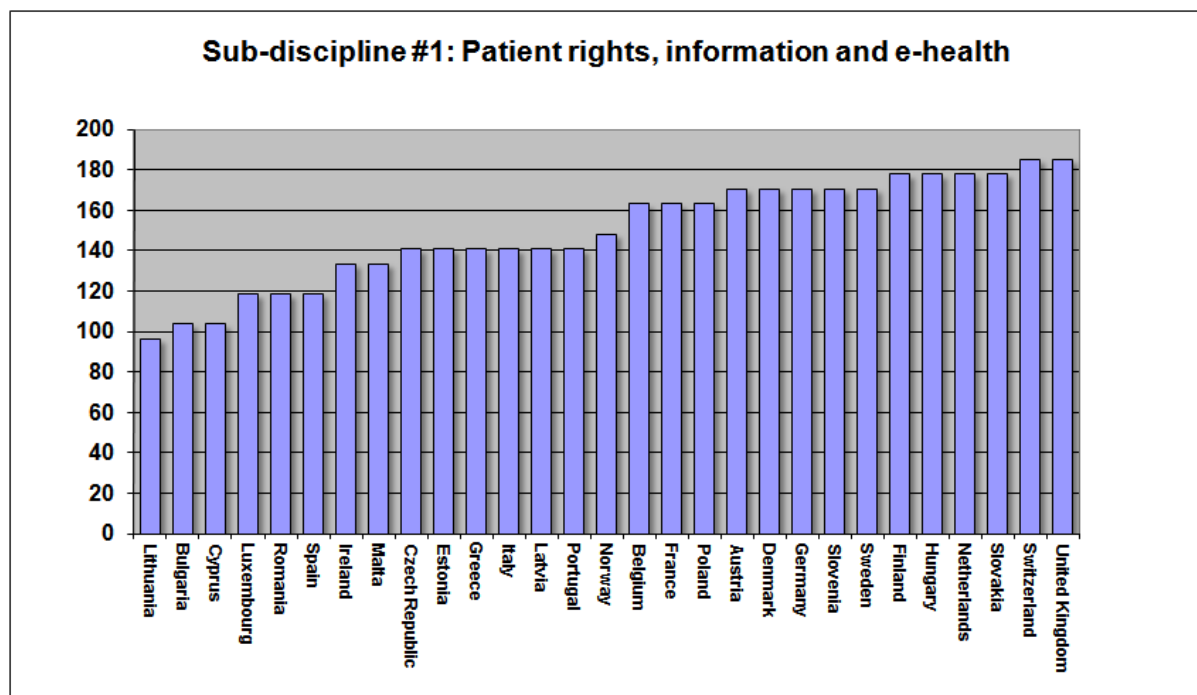
⁵¹ arne.bjornberg@healthpowerhouse.com

Фигура 28



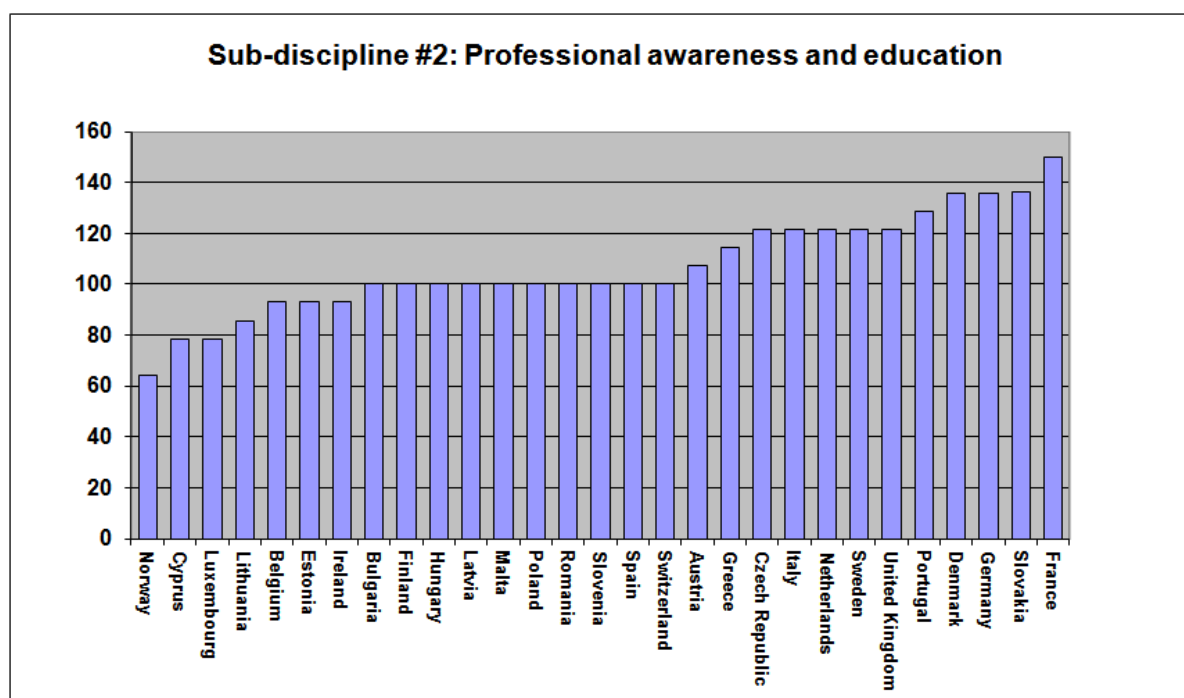
При разглеждане на резултатите по страни, свързани с различните индикатори, по индикатора „Права на пациентите, информираност и е-здраве“ България е на предпоследно 28 място, заедно с Кипър, следвана единствено от Литва – фигура 29..

Фигура 29



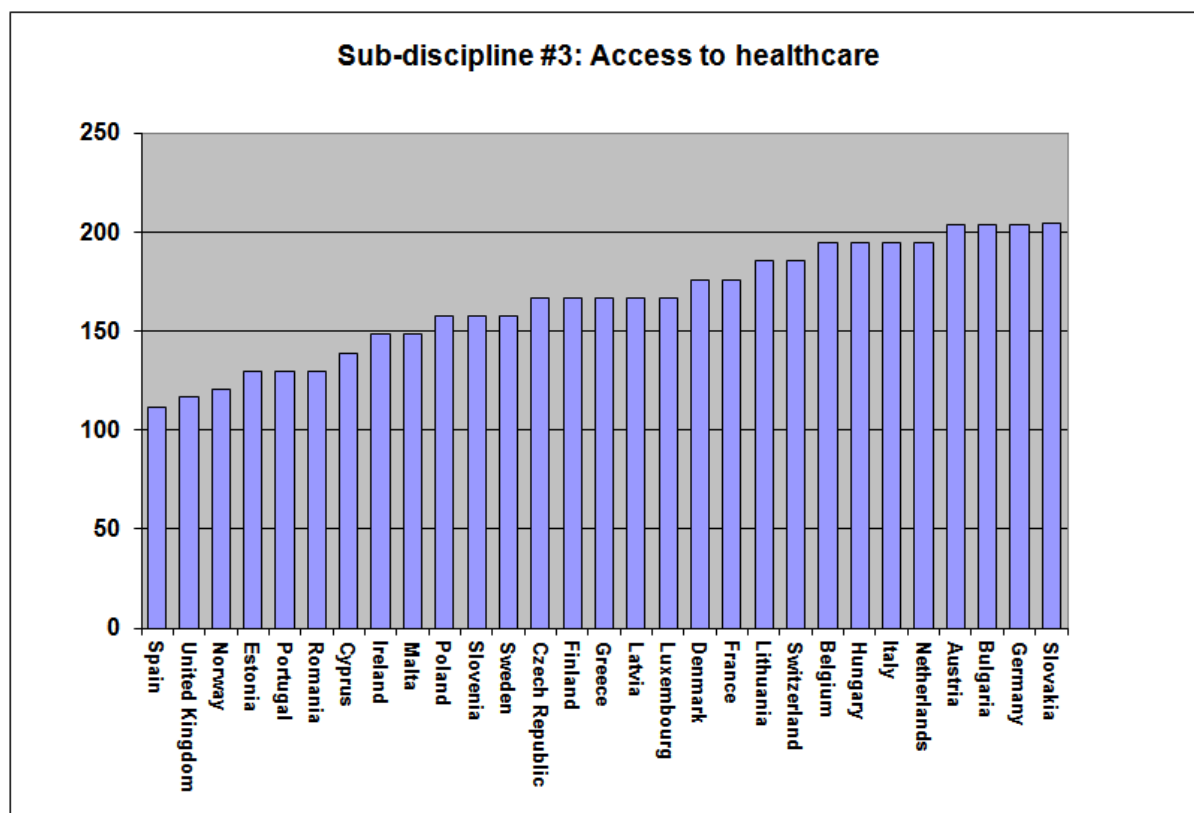
По индикатора „Професионална осведоменост и образование“ България е на 21 място – фигура 30..

Фигура 30



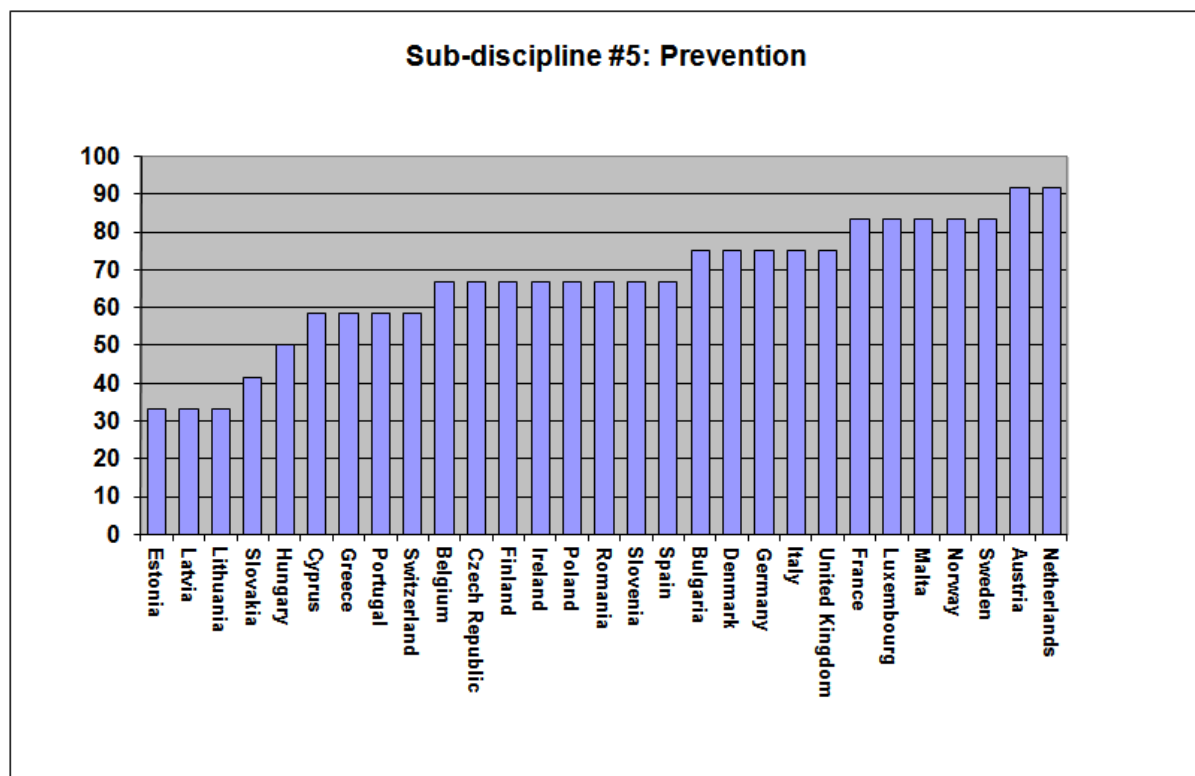
По индикатора „Достъпност до здравни грижи“ България е на 3-то място – фигура 31.

Фигура 31



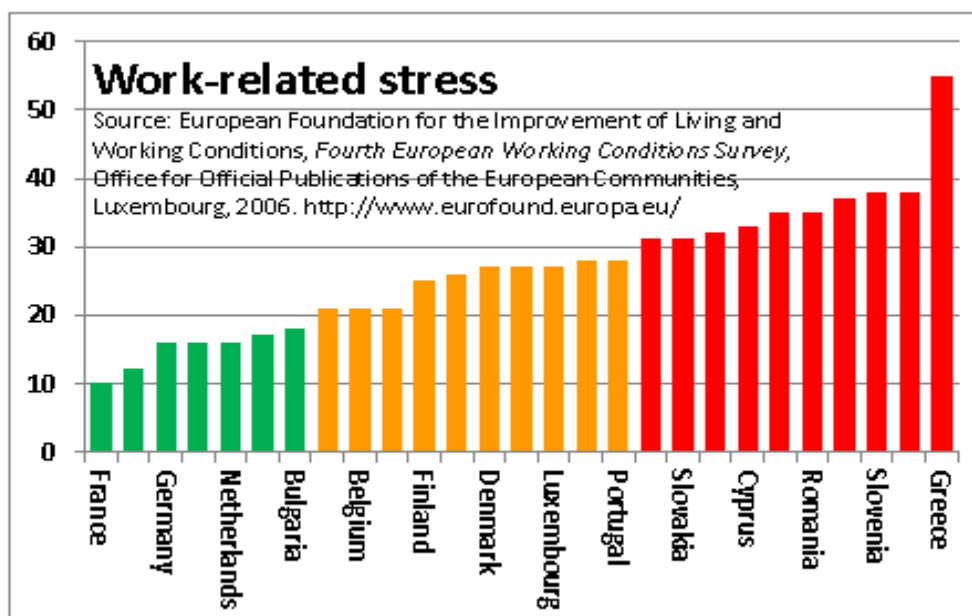
По индикатора „Превенция“ България е на 12 място – фигура 32.

Фигура 32.



По индикатора“ Стрес, свързан с работата“ България е в зелената зона като заема 8 място от 27 страни – фигура 33.

Фигура 33.



7.4. World Health Ranking ⁵²

Таблица 7. Място на България в света по някои показатели

България – демографски показатели						
	Показател	Място в света		Показател	Място в света	
Население общо	7,204,687	96	Съотношение 15-64 г. М / Ж	0.97	152	
Съотношение М/ Ж	0.92	178	Съотношение 65 + г. М / Ж	0.68	154	
Население 0-14 г.	13.8 %	186	Нетна миграция	-3.11	128	
Население 15-64 г.	68.5 %	45	Ръст на населението	-0.79	191	
Население 65 + г.	17.7 %	9	Грамотност общо	98.2	50	
Раждаемост / 1000	9.51	177	Грамотност Мъже	98.7	56	
Смъртност / 1000	14.31	22	Грамотност Жени	97.7	51	
Плодовитост	1.41	167	Безработица	6.3	104	
Детска смъртност	17.87	110	Средна продължителност на живота при раждане	73.4	83	
Съотношение при раждане М / Ж	1.06	57	Продължителност на живота в добро здраве	66.0	63	
Съотношение М / Ж до 15 г.	1.05	77	GDP на глава от населението USD	\$12,900	66	
България – продължителност на живота						
				Място в света		
	Мъже	Жени	Всико	М	Ж	Всичко
1960	67.6	71.0	69.2	12	29	20
1970	69.1	73.5	71.3	12	25	15
1980	68.5	74.0	71.2	35	40	32
1990	68.3	75.2	71.6	52	47	46
2000	68.2	75.3	71.7	72	59	66
2010	69.7	77.2	73.4	87	70	83

⁵² <http://www.worldlifeexpectancy.com/world-health-rankings>

България – водещи 25 причини за смърт

Водещи 25 причини за смърт на 100 000		Показател	Място в света
1	Коронарна болест на сърцето	151.41	49
2	Инсулт	142.50	38
3	Хипертония	47.10	38
4	Рак на белия дроб	27.79	27
5	Рак на млечната жлеза	19.55	54
6	Рак на колона и ректума	18.65	15
7	Грип и пневмонии	15.66	148
8	Чернодробни болести	15.23	57
9	Диабет	14.21	145
10	Пътно-транспортни произшествия	13.07	114
11	Рак на стомаха	11.29	46
12	Болести на абелия дроб	10.79	153
13	Болести на бъбреците	9.80	127
14	Самоубийства	9.19	77
15	Други травми	8.16	133
16	Рак на панкреаса	7.73	29
17	Рак на черния дроб	5.99	91
18	Рак на простатата	5.91	106
19	Вродени аномалии	5.11	130
20	Рак на шийката на матката	4.34	112
21	Левкемия	4.31	66
22	Ниско тегло при раждане	4.18	134
23	Лимфоми	3.93	134
24	Възпалителни болести на сърцето	3.66	130
25	Рак на пикочния мехур	3.59	49

България – ранкиране при раковите заболявания по вид

Възрастово стандартизирана смъртност на 100 000 от населението

	Показател	Място в света		Показател	Място в света	
1	Рак на белия дроб	27.79	10	Лимфома	3.93	134
2	Рак на млечната жлеза	19.55	11	Рак на пикочния мехур	3.59	49
3	Рак на колона	18.65	12	Рак на яйчниците	3.49	32
4	Рак на стомаха	11.29	13	Рак на устната кухина	3.47	79
5	Рак на панкреаса	7.73	14	Рак на кожата	2.65	33
6	Рак на черния дроб	5.99	15	Рак на матката	1.78	45
7	Рак на простатата	5.91	16	Рак на хранопровода	1.54	138
8	Рак на шийката на матката	4.34	17	Други	1.31	163
9	Левкемия	4.31	66			

7.5. Кратка сравнителна характеристика – България – ЕС⁵³

Индикатори, оценяващи директно и индиректно здравето и здравните потребности

Направен е графичен и дескриптивен анализ на някои основни показатели, пряко влияещи върху здравето на населението, сравняващи България и ЕС.

	Р България	ЕС	
Възрастова структура на населението:			
0-14 г.	13,4%	15,6%	⊗
над 65 г.	18,8%	17,3%	⊗
Раждаемост	9,6‰	10,7‰	⊗
Смъртност	14,7‰	9,7‰	⊗
Детска смъртност	8,5‰	4,2‰	⊗
Перинатална смъртност	11,7‰	5,6‰	⊗
Неонатална смъртност	5,3‰	2,8‰	⊗
Постнеонатална смъртност	3,2‰	1,4‰	⊗
Средна продължителност на живота (в години)	73,8	79,9	⊗
Новооткрити случаи на туберкулоза	27,9‰	12,3‰	⊗
Новооткрити случаи на злокачествени новообразувания	448,7‰	488,8‰	⊙
Новооткрити случаи на злокачествени новообразувания на трахея, бронхи и бял дроб	48,3‰	55,6‰	⊙

Легенда: ⊗ показателят показва по-лоши стойности от тези на ЕС

⊙ показателят показва по-добри стойности от тези в ЕС

От посочените в таблицата 12 основни показатели, България има по-добри стойности само при два – новооткрити случаи на злокачествени новообразувания и новооткрити случаи на злокачествени новообразувания на трахея, бронхи и бял дроб. Останалите показатели показват влошената демографска ситуация в страната, рязко различаваща се от тази за ЕС.


⁵³ Данните в таблиците са от Eurostat и WHO

Показатели, отразяващи здравето състояние на населението

	Р България	ЕС	
Стандартизирани коефициенти за смъртност - общо	970,3‰	608,2‰	
Стандартизирани коефициенти за смъртност от туберкулоза	2,1‰	0,9‰	
Стандартизирани коефициенти за смъртност от диабет	14,9‰	12,1‰	
Стандартизирани коефициенти за смъртност от исхемична болест на сърцето	114,3‰	82,4‰	
Стандартизирани коефициенти за смъртност от мозъчно съдова болест	178,6‰	53,5‰	
Стандартизирани коефициенти за смъртност от болести на органите на кръвообращението	621,7‰	225,3‰	
Стандартизирани коефициенти за смъртност от болести на дихателната система	38,2‰	43,2‰	
Стандартизирани коефициенти за смъртност от болести на храносмилателната система	31,9‰	30,7‰	
Стандартизирани коефициенти за смъртност от болести от злокачествени новообразувания	156,4‰	170,1‰	
Стандартизирани коефициенти за смъртност от болести от травми и отравяния	35,0‰	37,0‰	

От данните в таблицата е видно, че от 10 основни показателя, отразяващи стандартизираната смъртност по причини при 7 от тях България показва по негативни резултати от тези в ЕС.

Рискови фактори

	Р България	ЕС	
Алкохолна консумация -чист алкохол в литри на глава от населението, над 15 годишна възраст	10,04	10,51	
Пострадали при пътно-транспортни произшествия, на 100 000	93,18 ‰	236,47 ‰	

При анализа на рисковите фактори, резултатите за България са по-добри от тези на ЕС.

Показатели за дейност на здравната система, отразяващи непряко потребностите на населението от здравни грижи.

	Р България	ЕС	
Хоспитализирани случаи	26,7‰	17,8‰	⊙
Изписани случаи с мозъчно съдова болест	666,7‰	387,0‰	⊙
Изписани случаи с исхемична болест на сърцето	1112,5‰	610,9‰	⊙
Изписани случаи с болести на органите на кръвообращението	3802,6‰	2421,4‰	⊙
Изписани случаи с болести на храносмилателната система	2229,5‰	1799,9‰	⊙
Изписани случаи с болести на дихателната система	2997,1‰	1410,5‰	⊙
Изписани случаи с инфекциозни болести и паразитози	705,3‰	417,8‰	⊙
Изписани случаи със злокачествени новообразувания	1202,5‰	1641,4‰	⊙
Изписани случаи с травми и отравяния	1356,1‰	1542,3‰	⊙
Първично инвалидизирани лица	906,3‰	520,8‰	⊙

От представените 10 показателя, отразяващи здравните потребности на население, България показва по-добри стойности само при 2 изписани случаи със злокачествени заболявания и случаи с травми и отравяния, при останалите имаме по-негативни тенденции при някои достигащи почти двойни нива.

Социално-икономически фактори

	Р България	ЕС	
БВП на човек от населението в стандарти на покупателната способност	45	100	⊙
Хармонизиран коефициент на безработица	11,8	10	⊙
Коефициент на зависимост в %	25,9	25,9	⊙
Безработица в %	11,2	9,7	⊙
Безработица сред 15-24 годишните %	26,6	21,4	⊙
Продължително безработни %	6,3	4,1	⊙
Брутен национален продукт (GDP) в настоящи цени(EUR /на човек от населението)	4 800	25 100	⊙
Ниво на риск от бедност в %			
Мъже	19	15,6	⊙
Жени	22,3	17	⊙
Заетост във възрастта 20-64 г.(% от населението)	61,1	68	⊙

Социално-икономическите фактори, оказващи въздействие върху здравето състоянието на населението показват, че България показва по-лошо състояние при 9 от тях и само при един се изравнява с ЕС, а именно при коефициента на зависимост. Общото социално-икономическо състояние на страната с негативните тенденции ще оказва в дълъг период индиректно влияние върху здравето на гражданите.

Индикатори за основните ресурси и използването им в здравеопазването

	Р България	ЕС	
Болници на 100000 население	4.3‰	2.7‰	
Болнични легла на 100000 население	611.6‰	528.6‰	
Легла в частните болници като процент от всички легла	12,9%	36,2%	
Среден престой във всички болници	5,8	8,1	
Използваемост на леглата в болниците за активно лечение	69,9%	75,6%	
Лекари на 100000 население	387.7‰	330.3‰	
Медицински сестри на 100000 население	431.4‰	823.6‰	
Стоматолози на 100000 население	90.8‰	66.2‰	

При анализа на показателите за ресурсите в здравеопазването и тяхното ефективно ползване при 3 от общо осемте индикатора, България показва по-влошени резултати. Болниците на 100 000 души от населението са 2 пъти повече от тези в ЕС, което съответно показва и по-висок брой легла. Средният престой в болниците обаче е по-нисък от този в ЕС. Негативен резултат е почти два пъти по-ниската осигуреност с медицински сестри.

	Р България	ЕС	
Общи разходи за здраве като % от НБП (GDP), WHO	7,38	9,76	
Общи здравни разходи, преизчислени през покупателната способност на глава от населението, WHO	985,52	3152,48	
Здравни разходи на публичния сектор като % от общите здравни разходи, WHO	59,04	75,2	
Разходи на домакинствата за здраве в % от общите здравни разходи	35,26	15,63	

От представените в горната таблица данни за разходите за здраве, които прави обществото или отделните домакинства се налага извода, че в България общите разходи за здраве са по-ниски от тези в ЕС, а на глава от население са почти 3 пъти по-ниски. Разходите на домакинствата за здраве са почти двойно по-високи в България, за сметка на отделените от публичния сектор.

Това показва, че финансовата тежест и отговорност по осигуряване на финансиране на здравеопазването е прехвърлена на домакинствата.

8. ПРИЛОЖЕНИЯ

8.1. Таблици

Таблица 8. Относителен дял на населението до 14 год. възраст и над 65 год. в България и ЕС за периода 1980-2010 год.

Година	До 14 год.		Над 65 год.	
	България	ЕС	България	ЕС
1980	22.14	21.65	11.86	13.22
1981	22.11	21.43	11.85	13.21
1982	22.1	21.24	11.55	13.07
1983	21.99	20.95	11.25	12.94
1984	21.8	20.68	11.2	12.88
1985	20.84	20.42	11.56	13.01
1986	20.84	20.26	11.56	13.1
1987	21.29	19.94	11.97	13.33
1988	21.12	19.71	12.28	13.51
1989	20.82	19.48	12.61	13.68
1990	20.44	19.27	12.99	13.84
1991	20.01	19.08	13.35	14.02
1992	19.32	18.84	14.03	14.22
1993	18.81	18.64	14.41	14.42
1994	18.37	18.42	14.72	14.61
1995	17.9	18.17	15.01	14.82
1996	17.45	17.92	15.26	15.02
1997	16.99	17.69	15.48	15.21
1998	16.52	17.55	15.74	15.33
1999	16.09	17.32	16.02	15.51
2000	15.71	17.11	16.25	15.71
2001	15.19	16.88	16.83	15.91
2002	14.77	16.66	16.98	16.12
2003	14.37	16.44	17.06	16.3
2004	14	16.22	17.12	16.5
2005	13.7	16.01	17.18	16.7
2006	13.5	15.83	17.23	16.89
2007	13.42	15.7	17.28	17.02
2008	13.41	15.62	17.36	17.14
2009	13.5	15.59	17.47	17.27
2010	13.66	15.57	17.63	17.32

Източник: НСИ, НЦОЗА

Таблица 9. Извършени аборти в лечебните заведения през 2011 г. по възрастови групи и видове аборти

Възраст (в навършени години)	Всичко	Видове аборти			
		По мед. показания	Спонтанни	Криминални	По желание
Общо	31716	2502	9689	–	19525
< 15	182	30	64	–	88
15–19	3087	173	1037	–	1877
20–24	6635	309	1865	–	4461
25–29	7782	399	2437	–	4946
30–34	7410	443	2256	–	4711
35–39	5112	821	1525	–	2766
40–44	1388	300	469	–	619
45–49	118	27	35	–	56
> 50	2	-	1	–	1

Източник: НЦОЗА

Таблица 10. Аборти на 1000 живородени

Страна	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Австрия	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Белгия	129.41	132.97	139.02	138.59	141.49	145.33	149.45	...	148.24	...
България	750.44	764.28	692.56	675.71	588.04	503.83	498.93	470.88	416.68	417.78
Кипър	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Чехия	334.65	310.93	289.5	282.34	258.81	239.55	221.7	215.44	208.17	204.84
Дания	233.95	233.96	240.98	235.74	236.19	231.64	247.85	256.61	263.71	...
Естония	922.74	833.71	815.05	720.48	670.31	631.44	564.18	525.33	479.92	447.84
Финландия	191.14	197.59	190.15	193.32	190.03	181.68	180.29	176.06	173.01	167.96
Франция	269.38	278.79	274.71	...	...	...	...	...	...	...
Германия	183.76	181.28	181.16	183.74	180.85	177.95	170.65	167.74	166.42	162.89
Гърция	217.27	156.16	151.14	152.71	153.38	153.44	145.31	...	...	...
Унгария	581.2	579.26	568.31	552.25	499.39	463.84	449.43	444.67	447.74	447.77
Ирландия	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Италия	248.55	244.69	229.65	245.08	233.33	225.81	221.69	208.81	201.8	...
Латвия	795.72	734.4	691.38	674.18	593.63	530.27	507.52	435.32	409.66	388.73
Литва	433.56	416.31	376.27	349.91	326.51	305.01	296.67	257.55	218.74	196.18
Люксембург	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Малта	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Холандия	140.36	145.73	143.85	149.96	152.93	153.85	156.23	154.2	153.15	...
Полша	0.34	0.45	0.5	0.54	0.62	0.91	0.83	1.2	1.29	...
Португалия	...	...	...	...	...	...	...	172.63	196.72	191.56

Румъния	1156.5	1176.1	1058.1	883.37	739.11	684.55	639.07	576.42	522.6	480.28
Словакия	445.71	435.49	409.16	373.51	355.17	353.48	336.58	321.69	292.97	285.05
Словения	446.24	418.66	396.8	359.68	323.47	297.25	261.23	249.62	214.98	...
Испания	171.9	184.14	180.56	186.95	196.55	210.35	227.68	222.81	225.22	...
Швеция	347.36	348.22	347.66	341.37	345.13	340.33	346.35	348.15	335.63	325.99
Великобритания	281.81	280.93	278.85	276.46	275.64	276.51	275	263.44	255.98	...
ЕС	279.53	279.09	268.79	261.99	251.64	246.09	242	233.11	226.68	222.4

Източник: WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB)

Таблица 11. Стандартизирана смъртност на 100 000 души от населението за България и ЕС

	Причини за смърт	България	ЕС	Място на България от 19 страни
1	Всички причини за смърт (A00-Y89) без S00-T98	970.2	600.6	1
2	Други и неуточнени инфекциозни болести (A00-B99)	6.6	9.0	8
3	Туберкулоза	2.1	0.9	2
4	Менингококова инфекция (A39)	0.1	0.1	2
5	Вирусен хепатит	0.4	1.0	10
6	Болест, предизвикана от вируса на човешкия имунодефицит [HIV] (B20-B24)	0.1	0.9	14
7	Новообразувания (C00-D48)	243.0	175.0	1
8	Злокачествени новообразувания (C00-C97)	156.4	169.0	14
9	Злокачествени новообразувания на устните, устната кухина и фаринкса (C00-C14)	3.7	4.4	12
10	Злокачествено новообразувание на хранопровода (C15)	1.8	4.1	17
11	Злокачествено новообразувание на стомаха (C16)	11.4	8.1	5
12	Злокачествено новообразувание на дебелото черво (колон) (C18)	14.3	12.9	10
13	Злокачествено новообразувание на ректосигмоидалната област, правото черво (ректум), ануса и аналния канал (C19-C21)	7.3	6.0	9
14	Злокачествено новообразувание на черния дроб и интрахепаталните жлъчни пътища (C22)	6.8	6.3	5
15	Злокачествено новообразувание на панкреаса (C25)	9.3	9.9	15
16	Злокачествено новообразувание на ларинкса, трахеята, бронхите и белия дроб (C32-C34)	36.2	38.6	12
17	Злокачествен меланом на кожата (C43)	1.7	2.1	15
18	Злокачествено новообразувание на млечната жлеза (C50)	11.0	12.8	18
19	Злокачествено новообразувание на бъбрека, с изключение на бъбречното легенче (C64)	2.8	3.7	15
20	Злокачествено новообразувание на пикочния мехур (C67)	4.3	4.7	15

21	Злокачествено новообразуване, посоченото или предполагаемо да бъде първично, на лимфната, кръвотворната и сродните им тъкани	8.2	12.4	19
22	Болести на кръвта и кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм (D50-D89)	1.3	1.6	10
23	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата (E00-E90)	15.5	16.2	7
24	Захарен диабет (E10-E14)	14.9	12.4	6
25	Психични и поведенчески разстройства (F00-F99)	0.9	13.3	17
26	Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на алкохол (F10)	0.3	2.6	15
27	Наркотична зависимост (F11-F16, F18-F19)	0.0	0.5	9
28	Заболявания на нервната система и сетивните органи (G00-H95)	9.6	17.8	17
29	Менингит	0.2	0.2	9
30	Болести на органите на кръвообращението (I00-I99)	621.7	217.3	1
31	Исхемична болест на сърцето (I20-I25)	114.3	79.8	7
32	Други болести на сърцето (I30-I33, I39-I52)	222.3	42.5	1
33	Мозъчно-съдови заболявания	178.6	51.7	1
34	Болести на дихателната система (J00-J99)	38.2	43.6	11
35	Грип	0.1	0.2	3
36	Пневмония	14.3	14.1	9
37	Хронични белодробни болести	10.6	18.3	18
38	Астма и астматичен статус	0.4	0.9	17
39	Болести на храносмилателната система (K00-K93)	30.6	30.6	10
40	Язва на стомаха, дванадесетопръстника и йеюнума	2.2	1.9	8
41	Хронично чернодробно заболяване	15.5	13.4	8
42	Болести на кожата и подкожната тъкан (L00-L99)	0.3	0.9	13
43	Болести на костно-мускулната система и съединителната тъкан (M00-M99)	0.4	2.6	18
44	Ревматоиден артрит и артроза (M05-M06, M15-M19)	0.1	0.6	17
45	Болести на пикочо-половата система (N00-N99)	10.4	9.7	9
46	Болести на бъбреците и уретера	10.2	7.2	2
47	Някои състояния, възникващи през перинаталния период (P00-P96)	6.1	3.5	1
48	Вродени аномалии, деформации и хромозомни аберации (Q00-Q99)	3.4	3.0	11
49	Вродени аномалии на нервната система	0.6	0.4	3
50	Вродени аномалии на системата на кръвообращението	1.7	1.1	3
51	Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде (R00-R99)	31.3	20.7	5
53	Синдром на внезапната детска смърт	0.2	0.3	9
54	Зле дефинирани и неизвестни причини за смъртност	13.9	12.0	5
55	Външни причини за заболяемост и смъртност (V01-Y89)	35.0	37.0	11

56	Инциденти	21.5	22.6	11
57	Транспортни инциденти (V01-V99)	9.1	7.4	5
58	Падания	3.0	5.1	16
59	Случайно отравяне и въздействие на отровни вещества	1.4	2.2	13
60	Умишлено самонараняване	9.3	10.3	13
61	Нападения	1.3	0.9	6
62	Неопределени събития	2.3	2.1	9
	Рангов анализ			9
	Забележка:			
	<i>Данните са от Eurostat. Данните за България са за 2010 година, а за ЕУ са от последната достъпна година.</i>			
	<i>С червено са отбелязани заболяванията, където България надвишава средните за Европейския съюз, а в жълто, "водещото" място на България</i>			

Източник: Евростат

Таблица 12. Умирения по причини

Умрели от:	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Болести на органите на кръвообращението	74932	75332	74380	71 492	71 306	74 392	72 582
Исхемична болест на сърцето	17753	16513	15322	14 425	13 329	13 330	12 702
в т.ч. инфаркт	7187	6857	6762	6514	5761	5591	5221
Мозъчно съдова болест	22372	23003	23105	22 440	21 250	21 970	20 300
в т.ч. инсулт	18826	19004	18543	18050	16646	17484	15991
Сърдечна недостатъчност	14344	16972	16902	17 132	20 801	22 982	24 097
							%
Структура на умрелите от:	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Болести на органите на кръвообращението	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Исхемична болест на сърцето	23,7%	21,9%	20,6%	20,2%	18,7%	17,9%	17,5%
в т.ч. инфаркт	9,6%	9,1%	9,1%	9,1%	8,1%	7,5%	7,2%
Мозъчно съдова болест	29,9%	30,5%	31,1%	31,4%	29,8%	29,5%	28,0%
в т.ч. инсулт	25,1%	25,2%	24,9%	25,2%	23,3%	23,5%	22,0%
Сърдечна недостатъчност	19,1%	22,5%	22,7%	24,0%	29,2%	30,9%	33,2%
Коефициент за смъртност на 100000 нас. от:	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Болести на органите на кръвообращението	968,1	978,5	971,0	937,8	940,1	987,4	987,7
Исхемична болест на сърцето	229,4	214,5	200,0	189,2	175,7	176,9	172,9
в т.ч. инфаркт	92,9	89,1	88,3	85,4	76,0	74,2	71,0
Мозъчно съдова болест	289,0	298,8	301,6	294,4	280,2	291,6	276,2
в т.ч. инсулт	243,2	246,8	242,1	236,8	219,5	232,1	217,6
Сърдечна недостатъчност	185,3	220,4	220,7	224,7	274,2	305,0	327,9

Източник: НЦОЗА

Таблица 13. Вероятност за умирање на децата преди навършване на 5 годишна възраст на 1000 живородени

Години	България	ЕС
1980	24.55	16.8
1981	23.15	16.15
1982	22.45	15.45
1983	20.63	14.72
1984	20.41	14.2
1985	19.23	13.97
1986	18.32	13.47
1987	18.57	13.57
1988	17.68	12.82
1989	18.07	12.54
1990	18.27	11.95
1991	20.7	11.39
1992	19.96	10.71
1993	19.04	10.13
1994	20.2	9.86
1995	18.22	8.99
1996	19.26	8.64
1997	22.33	8.18
1998	18.05	7.77
1999	17.87	7.38
2000	15.94	7.06
2001	17.18	6.91
2002	15.99	6.58
2003	14.33	6.32
2004	14.48	6.13
2005	12.6	5.84
2006	11.73	5.56
2007	11.15	5.36
2008	10.44	5.13
2009	10.77	5.07
2010	11.14	5.01

Източник: WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB)

Таблица 14. Майчина смъртност на 100000 живородени

Години	България	ЕС
1980	21.06	19.38
1981	24.12	20.01
1982	17.72	20.67
1983	21.95	19.91
1984	17.17	18.42

1985	12.46	17.1
1986	24.98	18.33
1987	19.71	18.03
1988	9.37	18.11
1989	18.7	18.65
1990	20.92	13.2
1991	10.43	11.7
1992	21.32	11.09
1993	14.22	9.65
1994	12.59	10.31
1995	13.9	9.32
1996	19.39	9.69
1997	18.71	8.93
1998	15.3	8.83
1999	22.13	8.08
2000	17.64	7.89
2001	19.07	7.72
2002	16.54	7.11
2003	5.77	7.36
2004	10.02	7.22
2005	11.26	5.96
2006	6.76	6.21
2007	10.62	5.68
2008	6.43	6.04
2009	4.94	6.3
2010	7.95	6.1

Източник: WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB)

Таблица 15. Заболеваемост, смъртност и леталитет от остри инфекциозни болести* в България през 2000-2011 г. без грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН, полово предавани инфекции и паразитни болести

Година	Брой заболели	Заболеваемост на 100 000	Брой умрели	Смъртност на 100 000	Леталитет (%)
2000	80 167	978,74	105	1,28	0,13
2001	51 333	629,89	131	1,61	0,26
2002	51 229	649,20	124	1,57	0,24
2003	50 913	648,92	116	1,48	0,23
2004	68 954	883,88	133	1,70	0,19
2005	59 913	771,97	108	1,39	0,18
2006	67 462	874,00	122	1,58	0,18
2007	70 277	915,15	121	1,58	0,17
2008	57 916	758,04	88	1,15	0,15
2009	63 474	834,46	97	1,28	0,15
2010	68 839	910,12	110	1,45	0,16
2011	58 259	791,07	64	0,87	0,11

Източник: НЦЗПБ

Таблица 16. Заболеваемост, смъртност и леталитет от остри заразни болести* в България през 2011 г.

№	Нозологични единици	Заболели (брой)	Заболеваемост (на 100 000)	Умрели (брой)	Смъртност (на 100 000)	Леталитет (%)
1	Антракс	2	0.03	0	0.00	0.00
2	БММЕ пневмококов	37	0.50	5	0.07	13.51
3	БММЕ стрептококов	8	0.11	2	0.03	25.00
4	БММЕ хемофилус инфлуенце	2	0.03	0	0.00	0.00
5	БММЕ други	31	0.42	7	0.10	22.58
6	БММЕ с неуточнена етиология	75	1.02	8	0.11	10.67
7	Ботулизъм	3	0.04	0	0.00	0.00
8	Бруцелоза	2	0.03	0	0.00	0.00
9	Бяс	0	0.00	0	0.00	0.00
10	Вариант на болестта на Кройтцфелд-Якоб	0	0.00	0	0.00	0.00
11	Вариола	0	0.00	0	0.00	0.00
12	Варицела	27112	368.14	1	0.01	0.00
13	Вирусни менингити и менингоенцефалити	218	2.96	13	0.18	5.96
14	Ебола/Марбург треска	0	0.00	0	0.00	0.00
15	Треска Ласса	0	0.00	0	0.00	0.00
16	ВХТ Кримска-Конго хеморагична треска	4	0.05	0	0.00	0.00
17	ВХТ Хеморагична треска с бъбречен синдром	3	0.04	0	0.00	0.00
18	Вирусен хепатит тип А	5588	75.88	1	0.01	0.02
19	Вирусен хепатит тип В**	344	4.67	9	0.12	2.62
20	Вирусен хепатит тип С	60	0.81	0	0.00	0.00
21	Вирусен хепатит тип D	3	0.04	0	0.00	0.00
22	Вирусен хепатит неопределен	258	3.50	0	0.00	0.00
23	Ентероколит	18030	244.82	11	0.15	0.06
24	Дизентерия (шигелоза)	798	10.84	0	0.00	0.00
25	Дифтерия	0	0.00	0	0.00	0.00
26	Епидемичен паротит	139	1.89	0	0.00	0.00
27	Жълта треска	0	0.00	0	0.00	0.00
28	Йерсиниоза	4	0.05	0	0.00	0.00
29	Кампилобактериоза	73	0.99	0	0.00	0.00
30	Коклюш	46	0.62	0	0.00	0.00
31	Колиентерити (ешерихиози)	514	6.98	1	0.01	0.19
32	Ентерохеморагична <i>E. coli</i> инфекция	1	0.01	0	0.00	0.00
33	Кореман тиф/Паратиф	0	0.00	0	0.00	0.00
34	Ку треска	12	0.16	0	0.00	0.00
35	Лаймска борелиоза	594	8.07	0	0.00	0.00
36	Легионелоза	0	0.00	0	0.00	0.00
37	Лептоспирози	12	0.16	0	0.00	0.00
38	Листериоза	4	0.05	1	0.01	25.00
39	Марсилска треска	405	5.50	1	0.01	0.25
40	Менингококова инфекция	18	0.24	3	0.04	16.67

41	Морбили	157	2.13	0	0.00	0.00
42	Орнитоза	0	0.00	0	0.00	0.00
43	Петнист тиф	0	0.00	0	0.00	0.00
44	Полиомиелит	0	0.00	0	0.00	0.00
45	Остри вяли парализи	119	1.62	0	0.00	0.00
46	Рубеола	41	0.56	0	0.00	0.00
47	Вродена рубеола	0	0.00	0	0.00	0.00
48	Салмонелоза	932	12.66	0	0.00	0.00
49	Скарлатина	2606	35.39	0	0.00	0.00
50	Стрептококус пневмоние, инвазивна инфекция	0	0.00	0	0.00	0.00
51	Тежък остър респираторен синдром (ТОРС)	0	0.00	0	0.00	0.00
52	Тетанус	4	0.05	1	0.01	0.00
53	Туларемия	0	0.00	0	0.00	0.00
54	Хемофилус инфлуенце тип В, инвазивна инфекция	0	0.00	0	0.00	0.00
55	Холера	0	0.00	0	0.00	0.00
56	Чума	0	0.00	0	0.00	0.00
ОБЩО		58259	791.07	64	0.87	0.11

*Без грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН, полово предавани инфекции и паразитни болести

**Вирусен хепатит тип В – уточненият брой е 344 случая. От област Кърджали са отпаднали 5 случая (3 на 5-9 г., 1 на 10-14 г. и 1 на 20-24 г.). По данни на НЦОЗА заболялите са 349.

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2011 г.

Таблица 17. Брой заболели и заболеваемост от остър HBV по възрастови групи в България през 2011 г.

Възраст	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+
Брой заболели	1	1	2	8	15	63	61	44	34	22	21	22	8	16	26
Заболеваемост	1.50	0.36	0.63	2.54	3.97	12.89	12.42	8.24	6.23	4.28	4.24	4.26	1.53	2.96	1.91

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2011 г.

Таблица 18. Изпълнение на имунизационната програма на Р България през 2011 г. (брой и % на децата със завършена имунизация)

Имунизация	БРОЙ		Обхват (%)
	Подлежащи	Обхванати	
Имунизация срещу туберкулоза (новородени)	65 439	63 934	97,7
Имунизация срещу вирусен хепатит В с 3 дози (на 6 месеца)	69 117	66 369	96,0
Имунизация срещу дифтерия, тетанус и коклюш, полиомиелит, ХИБ с петкомпонентна ваксина с три дози (на 4 месеца)	69 194	65 827	95,1
Имунизация срещу пневмококови инфекции с конюгирана ваксина с 3 дози (на 4 месеца)	67 991	63 621	93,6
Имунизация срещу морбили, паротит и рубеола (на 13 месеца)	69 663	65 825	94,5
Реимунизация срещу морбили, паротит и рубеола (на 12 години)	67 469	63 341	93,9

Източник: НЦЗПБ, Анализ на имунизациите през 2011 г.

Таблица 19. Имунизационен статус на лицата, заболели от морбили през 2011 г.

Имунизационен статус (брой дози ваксина срещу морбили)	Брой заболели	Относителен дял (%)
Неизвестен статус (няма данни)	102	65,0
Неимунизирани (0 дози)	38	24,2
Непълно имунизирани (1 доза)	15	9,5
Имунизирани (2 дози)	2	1,3
Общо	157	100100

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2011 г.

Таблица 20. Заболяемост от грип и ОРЗ по възрастови групи през 2011 г.

Възрастови групи (години)	Средногодишен брой на наблюдаваното население	Брой регистрирани случаи	Заболеваемост на 10 000
0-4	19 731	32 587	16 515,64
5-14	32 006	33 814	10 564,89
15-29	79 771	34 224	4 290,28
30-64	196 789	36 887	1 874,44
65+	52 461	7 444	1 418,96
Общо	380 758	144 956	3 807,04

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2011 г.

Таблица 21. Регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания по локализации.

Локализация на новообразуванието по МКБ-10	2010		2011	
	Общо	В т.ч.: новоот- крити	Общо	В т.ч.: новоот- крити
Общо	3469.2	425.6	3602.7	448.7
Устни, устна кухина и фаринкс	106.6	10.6	105.0	11.3
в т.ч.: устна	59.9	2.5	56.9	2.6
Храносмилателни органи	519.2	99.6	542.4	104.0
в т.ч.: стомах	73.9	18.4	74.6	19.1
дебело черво	218.7	33.0	229.2	32.4
ректосигмоидална област, право черво (ректум), анус и анален канал	161.5	23.6	168.1	23.9
Дихателни органи и гръден кош	211.5	54.3	213.7	56.8
в т.ч.: трахея, бронхи и бял дроб	137.8	45.8	138.8	48.3
Кости и ставни хрущяли	10.6	0.8	10.7	0.8
Меланом и други злокачествени новообразувания на кожата	747.5	64.4	775.0	62.2
Мезотелиална и меки тъкани	36.6	4.2	37.7	4.6
Млечна жлеза	622.0	48.4	646.4	51.1
в т.ч.: млечна жлеза при жените	1191.2 ¹⁾	92.3 ¹⁾	1246.4 ¹⁾	98.2 ¹⁾
Женски полови органи	1029.4 ¹⁾	82.1 ¹⁾	1063.3 ¹⁾	82.1 ¹⁾
в т.ч.: шийка на матката	359.6 ¹⁾	27.4 ¹⁾	371.5 ¹⁾	27.3 ¹⁾
тяло на матката	442.4 ¹⁾	31.1 ¹⁾	459.5 ¹⁾	31.3 ¹⁾
яйчник	177.0 ¹⁾	18.7 ¹⁾	183.5 ¹⁾	19.5 ¹⁾
Мъжки полови органи	379.8 ²⁾	51.8 ²⁾	419.1 ²⁾	76.6 ²⁾
в т.ч.: простата	275.5 ²⁾	45.0 ²⁾	311.2 ²⁾	70.6 ²⁾
Пикочна система	215.8	29.2	230.0	30.2
в т.ч.: пикочен мехур	149.3	19.4	159.7	20.9
Око, главен мозък и други части на централната нервна система	42.4	7.2	44.4	8.8
Щитовидна и други ендокринни жлези	59.5	3.8	63.1	3.8
Неточно определени, вторични и неуточнени локализации	43.6	17.1	42.7	17.7
Лимфна, кръвотворна и сродните им тъкани	138.8	18.4	141.9	17.9
Самостоятелни (първични) множествени локализации	–	–	–	–

Източник: НЦОЗА

Таблица 22. Хоспитализирани случаи (изписани и умрели) в стационарите на лечебните заведения по класове през 2011 г.

№ по МКБ-10	Класове	Брой	На 100000 население	Структура (%)
	Общо	1961177	26688.3	100.0
I.	Някои инфекциозни и паразитни болести	52112	709.2	2.7
II.	Новообразувания	131281	1786.5	6.7
III.	Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм	16117	219.3	0.8
IV.	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	69180	941.4	3.5
V.	Психични и поведенчески разстройства	52080	708.7	2.7
VI.	Болести на нервната система	69865	950.7	3.6
VII.	Болести на окото и придатъците му	60548	824.0	3.1
VIII.	Болести на ухото и мастоидния израстък	27867	379.2	1.4
IX.	Болести на органите на кръвообращението	291832	3971.3	14.9
X.	Болести на дихателната система	222276	3024.8	11.3
XI.	Болести на храносмилателната система	167585	2280.5	8.5
XII.	Болести на кожата и подкожната тъкан	35295	480.3	1.8
XIII.	Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	82368	1120.9	4.2
XIV.	Болести на пикочо-половата система	138735	1888.0	7.1
XV.	Бременност, раждане и послеродов период	134157	1825.7	6.8
XVI.	Някои състояния, възникващи през периналния период	20384	277.4	1.0
XVII.	Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации	5493	74.8	0.3
XVIII.	Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде	7948	108.2	0.4
XIX.	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	100905	1373.1	5.2
XXI.	Фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните служби ¹⁾	275149	3744.3	14.0

Източник: НЦОЗА

Таблица 23. Освидетелствани и преосвидетелствани инвалиди по възрастови групи и пол през периода 2001–2011 година

Възраст	2001 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	брой	%	брой	%	брой	%	брой	%
<i>ОБЩО</i>								
16-19 години	2753	1,6	3429	1,5	3297	1,6	3228	1,7
20-29 години	8210	4,6	7713	3,4	7025	3,3	7043	3,7
30-39 години	13033	7,4	14238	6,2	13259	6,3	13412	7,0
40-49 години	30017	17,0	33513	14,7	30610	14,6	29664	15,5
50-59 години	54891	31,0	78616	34,4	75714	36,1	76577	40,1
60-64 години	68043	38,5	91199	39,9	80048	38,1	61207	32,0
60+ години								
ВСИЧКО	176947	100,0	228708	100,0	209953	100,0	191131	100,0
<i>МЪЖЕ</i>								
16-19 години	1626	1,9	1975	1,8	1987	2,0	1866	1,9
20-29 години	4953	5,8	4556	4,3	4172	4,1	4092	4,3
30-39 години	7004	8,2	7305	6,8	6664	6,6	6891	7,2
40-49 години	14316	16,7	15210	14,2	13940	13,8	13851	14,5
50-59 години	29004	33,9	36640	34,2	35206	34,8	35584	37,2
60-64 години	28722	33,5	41505	38,7	39162	38,7	33494	35,0
65+ години								
ВСИЧКО	85625	100,0	107191	100,0	101131	100,0	95778	100,0
<i>ЖЕНИ</i>								
16-19 години	1127	1,2	1454	1,2	1310	1,2	1362	1,4
20-29 години	3257	3,6	3157	2,6	2853	2,6	2951	3,1
30-39 години	6029	6,6	6933	5,7	6595	6,1	6521	6,8
40-49 години	15701	17,2	18303	15,1	16670	15,3	15813	16,6
50-59 години	25887	28,3	41976	34,5	40508	37,2	40993	43,0
60-64 години	39321	43,1	49694	40,9	40886	37,6	27713	29,1
65+ години								
ВСИЧКО	91322	100,0	121517	100,0	108822	100,0	95353	100,0

Източник: НЦОЗА

Освидетелствани и преосвидетелствани инвалиди по възрастови групи и пол през периода 2001–2011 година (продължение и край)

Възраст	2008		2009		2010		2011	
	брой	%	брой	%	брой	%	брой	%
<i>ОБЩО</i>								
16-19 години	3211	1,7	3120	1,7	2838	1,6	1945	1,1
20-29 години	6838	3,7	6543	3,6	6790	3,8	6657	3,7
30-39 години	13578	7,4	12995	7,1	13264	7,4	12797	7,0
40-49 години	28721	15,7	27755	15,2	28385	15,8	27302	15,0
50-59 години	75707	41,3	73331	40,1	72921	40,5	69473	38,3
60-64 години	55465	30,2	59171	32,3	55683	31,0	28338	15,6
65+ години							35006	19,3
ВСИЧКО	183520	100,0	182915	100,0	179881	100,0	181518	100,0
<i>МЪЖЕ</i>								
16-19 години	1857	2,0	1785	1,9	1642	1,8	1065	1,2
20-29 години	3913	4,2	3892	4,2	3870	4,2	3862	4,2
30-39 години	6926	7,5	6727	7,3	6911	7,6	6694	7,3
40-49 години	13503	14,6	13297	14,5	13569	14,9	13097	14,3
50-59 години	34769	37,5	33433	36,4	33645	36,9	32172	35,0
60-64 години	31686	34,2	32720	35,6	31536	34,6	19317	21,0
65+ години							15590	17,0
ВСИЧКО	92654	100,0	91854	100,0	91173	100,0	91797	100,0
<i>ЖЕНИ</i>								
16-19 години	1354	1,5	1335	1,5	1196	1,3	880	1,0
20-29	2925	3,2	2651	2,9	2920	3,3	2795	3,1

години								
30-39 години	6652	7,3	6268	6,9	6353	7,2	6103	6,8
40-49 години	15218	16,7	14458	15,9	14816	16,7	14205	15,8
50-59 години	40938	45,1	39898	43,8	39276	44,3	37301	41,6
60-64 години	23779	26,2	26451	29,0	24147	27,2	9021	10,1
65+ години							19416	21,6
ВСИЧКО	90866	100,0	91061	100,0	88708	100,0	89721	100,0

Източник: НЦОЗА

Таблица 24. Регистрирани заболявания и аномалии при основния профилактичен преглед на децата

Заболявания и аномалии	Шифър	Брой деца всичко	В това число	
			0-3 г.	3-7 г.
Общ брой деца	0	224421	31116	192968
Общо прегледани деца	01	206101	28542	178868
Туберкулоза (A15-A19)	02	11	1	10
Злокачествени новообразувания (C00-C96)	03	19		19
Болести на щитовидната жлеза (E04-E07)	04	28	2	26
Захарна болест (диабет) (E10)	05	98	6	92
Затлъстяване (E65-E68)	06	1536	100	1436
Болести на кръвта и кръвотворните органи (D50-D69)	07	149	27	122
Неврози (F40-F48)	08	52	3	49
Специални симптоми и синдроми (заекване, тикове, анорексия, енурезис, стереотипи) (F95, F98)	09	496	78	418
Специфично забавяне в развитието (F84)	10	391	23	368
Олигофрения (F70-F79)	11	37		37
Детска церебрална парализа (G80)	12	175	25	150
Епилепсия (G40)	13	288	31	257
Нарушения на рефракцията и акомодацията (H52)	14	223	14	209
Смущения в зрението (H53)	15	1215	79	1136
Слепота и намалено зрение (H54)	16	212	17	195
Болести на ухото и на мастоидния израстък (H65-H93)	17	426	121	308
в т.ч. Глухота (H90)	18	118	11	107
Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (I00-I09)	19	11	1	10
Хипертонична болест (I10-I15)	20	27	2	25

Хронични заболявания на тонзилите и аден. вегетации (J35)	21	2925	941	1984
Алергичен ринит (J30)	22	1321	259	1062
Пневмония (J12-J18)	23	2211	792	1419
Хроничен бронхит (J41-J44)	24	1571	457	1114
Астма (J45)	25	2225	280	1945
Язва на стомаха и дванадесетопръстника (K25-K26)	26	3	4	2
Гастрит и дуоденит (K29)	27	179	23	156
Абдоминална херния (K40-K46)	28	21	4	17
Хроничен хепатит (B18.1, B18.8, K73)	29	3		3
Остър и хроничен гломерулонефрит (N00-N08)	30	9		9
Остър и хроничен пиелонефрит (N10-N16)	31	83	8	75
Камъни в бъбрека и уретера (N20-N23)	32	9		9
Кръвотечения от половите орг. и смущения на менструацията (N91-N94)	33			
Артропатии и сродни заболявания (M00-M36)	34	28		28
Плоско стъпало, придобито (M21.4)	35	114	21	93
Гръбначни изкривявания (M40-M43)	36	91	3	88
Вродени аномалии (Q00-Q99)	37	383	124	260
в т.ч. на сърдечно съдовата система (Q20-Q27)	38	134	21	113
крипторхизъм (Q53)	39	17	3	14
Късни последици от травми и отравяния (T90-T95)	40	10		10
Други	41	2591	678	1913
Открити заболявания - всичко	42	19180	4124	15060
На 1000 прегледани деца		93 ‰	144,5‰	84,2 ‰

Източник: МЗ

Таблица 25. Сборна таблица за индивидуална оценка на ръста

I група норма	II група разширена норма	III група извън нормата	
		под (X - 2S)	над (X + 2S)
брой деца (X ± 1S)	брой деца между (X ± 1S) и (X ± 2S)		
196576	18438	2548	2556
89.3 %	8.4 %	1.2 %	1.2 %

Източник: МЗ

Таблица 26. Сборна таблица за индивидуална оценка на телесна маса

I група норма	II група разширена норма	III група извън нормата	
		под (X - 2S)	над (X + 2S)
брой деца (X ± 1S)	брой деца между (X ± 1S) и (X ± 2S)		
193234	20030	2301	4501
87.8 %	9.1 %	1 %	2.1 %

Източник: МЗ

Таблица 27. Регистрирани заболявания и аномалии при основния профилактичен преглед на учениците

Заболявания и аномалии	Шифър	Брой ученици всичко	В това число:		
			I клас	VII клас	X клас
Общ брой ученици	0	671792	58704	63687	50294
Общо прегледани ученици	01	544820	48235	50846	38561
Туберкулоза (A15-A19)	02	75	12	7	9
Злокачествени новообразувания (C00-C96)	03	147	23	13	14
Болести на щитовидната жлеза (E04-E07)	04	373	9	44	61
Захарна болест (диабет) (E10)	05	715	51	85	83
Затлъстяване (E65-E68)	06	12111	1104	1555	962
Болести на кръвта и кръвотворните органи (D50-D69)	07	453	43	50	37
Неврози (F40-F48)	08	392	16	44	54
Специални симптоми и синдроми (заекване, тикове, анорексия, енурезис, стереотипи) (F95, F98)	09	1009	149	73	39
Специфично забавяне в развитието (F84)	10	1832	248	215	122
Олигофрения (F70-F79)	11	812	117	96	66
Детска церебрална парализа (G80)	12	575	90	55	41
Епилепсия (G40)	13	1617	186	200	126
Нарушения на рефракцията и акомодацията (H52)	14	2091	168	258	244
Смущения в зрението (H53)	15	5801	537	848	556
Слепота и намалено зрение (H54)	16	496	46	83	36
Болести на ухото и на мастоидния израстък (H65-H93)	17	884	72	111	76
в т.ч. Глухота (H90)	18	620	49	63	56
Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (I00-I09)	19	82	10	5	9
Хипертонична болест (I10-I15)	20	484	5	77	107
Хронични заболявания на тонзилите и аден. вегетации (J35)	21	1085	187	176	45
Алергичен ринит (J30)	22	1717	205	194	144
Пневмония (J12-J18)	23	791	179	124	61
Хроничен бронхит (J41-J44)	24	825	131	135	77
Астма (J45)	25	4435	606	479	298
Язва на стомаха и дванадесетопръстника (K25-K26)	26	126	9	8	21
Гастрит и дуоденит (K29)	27	592	47	89	86
Абдоминална херния (K40-K46)	28	36	2	5	6
Хроничен хепатит (B18.1, B18.8, K73)	29	49	6	13	11
Остър и хроничен гломерулонефрит (N00-N08)	30	81	8	8	10
Остър и хроничен пиелонефрит (N10-N16)	31	348	21	43	39

Камъни в бъбрека и уретера (N20-N23)	32	245	11	29	40
Кръвотечения от полов. орг. и смущ. на менструацията (N91-N94)	33	197	2	32	58
Артропатии и сродни заболявания (M00-M36)	34	436	13	60	62
Плоско стъпало, придобито (M21.4)	35	889	53	108	110
Гръбначни изкривявания (M40-M43)	36	3337	349	500	229
Вродени аномалии (Q00-Q99)	37	1166	116	116	82
в т.ч. на сърдечно съдовата система (Q20-Q27)	38	573	57	53	38
крипторхизъм (Q53)	39	43	7	3	5
Късни последици от травми и отравяния (T90-T95)	40	307	11	22	31
Други	41	3300	319	300	195
Открити заболявания - всичко	42	49952	5160	5243	6098
На 1000 прегледани ученици със заболяване са:		92‰	107‰	103‰	152‰

Източник: МЗ

Таблица 28. Сборна таблица за индивидуална оценка на ръста

I група норма		II група разширена норма				III група извън нормата									
брой ученици (X ± 1S) (545411 ученика – 84 %)		брой ученици между (X ± 1S) и (X ± 2S) (76290 – 11,8 %)				брой ученици под (X - 2S) (11204 – 1,7 %)		брой ученици над (X + 2S) (16279 – 2,5 %)							
7-14 г.		14-18 г.		7-14 г.		14-18 г.		7-14 г.		14-18 г.		7-14 г.		14-18 г.	
Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета
176148	165965	100323	92762	24 087	22 993	15 376	13 009	3872	3776	1790	1589	4878	4647	3562	2812
84,3 %	84,1 %	82,9 %	84,2 %	11,5 %	11,6 %	12,7 %	11,8 %	1,9	1,9	1,5	1,4%	2,3	2,4%	2,9%	2,6%

Източник: МЗ

Таблица 29. Сборна таблица за индивидуална оценка на телесна маса

I група норма				II група разширена норма				III група извън нормата							
брой ученици (X ± 1S) 529 036 ученика – 81,7 %				брой ученици между (X ± 1S) и (X ± 2S) 81 417 ученика – 12,6 %				брой ученици под (X - 2S) 11 817 ученика – 1,8 %				брой ученици над (X + 2S) 25 353 ученика – 3,9 %			
7-14 г.		14-18 г.		7-14 г.		14-18 г.		7-14 г.		14-18 г.		7-14 г.		14-18 г.	
Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета
170476	160954	99248	89793	25890	24765	14620	14116	3606	3656	2329	2275	9332	8192	4983	3794
81,4 %	81,5 %	81,9 %	81,6 %	12,4 %	12,5 %	12,1 %	12,8 %	1,7 %	1,9 %	1,9 %	2,1 %	4,5 %	4,1 %	4,1 %	3,4 %

Източник: МЗ

Таблица 30. Болни под наблюдение на психиатричните заведения, клиники, отделения, кабинети и амбулатории по вид на заболяването

Наименование на болестите по МКБ-10	2010		2011	
	Брой	на 100 000 население	Брой	на 100 000 население
Общо	155741	2075.2	151002	2060.8
Психични и поведенчески разстройства	145441	1938.0	141618	1932.8
Деменция	3330	44.4	2980	40.7
Делир, непредизвикан от алкохол и други психоактивни вещества	672	9.0	632	8.6
Други разстройства, дължащи се на мозъчно заболяване	4530	60.4	4253	58.0
Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на алкохол	13805	183.9	13199	180.1
Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на други психоактивни вещества	901	12.0	927	12.7
Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди	686	9.1	750	10.2
Шизофрения, шизотипни и налудни разстройства	35971	479.3	36347	496.1
Шизофрения	27766	370.0	28365	387.1

Остри и преходни психотични разстройства	2811	37.5	2766	37.7
Разстройства на настроението [афективни разстройства]	27492	366.3	26813	365.9
Маниен епизод	3356	44.7	3167	43.2
Биполярно афективно разстройство	7101	94.6	7266	99.2
Депресивен епизод	6938	92.4	6616	90.3
Рецидивиращо депресивно разстройство	9182	122.3	8847	120.7
Невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства	15135	201.7	14543	198.5
Разстройства на храненето, съня и сексуалността	163	2.2	158	2.2
Разстройства на личността и поведението в зряла възраст	5769	76.9	5660	77.2
Умствена изостаналост	34350	457.7	32825	448.0
Специфични разстройства в развитието	840	11.2	854	11.7
Генерализирани разстройства в развитието	411	5.5	436	6.0
Хиперкинетични разстройства	541	7.2	534	7.3
Други разстройства в поведението и емоциите	446	5.9	415	5.7
Неорганична енуреза	631	8.4	595	8.1
Всички останали класове болести	10300	137.2	9384	128.0
Епилепсия	10285	137.0	9373	127.9

Източник: НЦОЗА

Таблица 31. Разпределение по диапазони на регистрираните шумови нива в урбанизираните територии на Р България за периода 2006 - 2011 година

Година	Общ брой пунктове	Разпределение на регистрираните шумови нива по диапазони, в брой						
		под 58 dB(A)	58-62 dB(A)	63-67 dB(A)	68-72 dB(A)	73-77 dB(A)	78-82 dB(A)	над 82 dB(A)
2006	527	74	95	172	144	39	3	0
2007	710	128	116	189	216	59	2	0
2008	726	130	130	207	189	65	5	0
2009	727	140	118	227	191	51	0	0
2010	696	145	108	223	170	50	0	0
2011	727	153	117	235	175	47	0	0

Източник: МЗ

Таблица 32. Разпределение по диапазони на регистрираните шумови нива в урбанизираните територии на Р България за периода 2006 - 2011 година

година	Общ брой пунктове	Разпределение на регистрираните шумови нива по диапазони в %						
		под 58 dB(A)	58-62 dB(A)	63-67 dB(A)	68-72 dB(A)	73-77 dB(A)	78-82 dB(A)	над 82 dB(A)
2006	100%	14.04%	18.03%	32.64%	27.32%	7.40%	0.57%	0.00%
2007	100%	18.03%	16.34%	26.62%	30.42%	8.31%	0.28%	0.00%
2008	100%	17.91%	17.91%	28.51%	26.03%	8.95%	0.69%	0.00%
2009	100%	19.26%	16.23%	31.22%	26.27%	7.02%	0.00%	0.00%
2010	100%	20.83%	15.52%	32.04%	24.43%	7.18%	0.00%	0.00%
2011	100%	21.05%	16.09%	32.32%	24.07%	6.46%	0.00%	0.00%

Източник: МЗ

Таблица 33. Обекти с източници на йонизиращи лъчения по области, степен на сложност и извършените проверки

Видове обекти	Брой обекти	Планирани проверки (брой)	Извършени проверки (брой)
Първа степен на сложност	16	32	30
Втора степен на сложност	38	50	48
Трета степен на сложност	1160	1160	1132
ОБЩО	1214	1242	1210

Източник: НЦРРЗ

Таблица 34. Потребление на цигари средно на лице от домакинство

Години	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Цигари - бр.	1000	1000	1000	916	978	931	926	726	854	860	778	591	547

Източник: НСИ

Таблица 35. Потребление на алкохолни напитки средно на лице от домакинство

Години	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Алкохолни напитки - л	19,6	17,1	18,2	18,5	21,4	22,6	22,4	23,1	24,8	24,9	25,5	23,6	23,2
Бира	10,1	8,7	8,6	8,5	10,0	11,4	12,0	14,4	15,9	16,1	16,1	15,8	15,6
Вина	6,5	5,8	6,9	7,2	8,3	8,3	7,5	6,0	6,3	6,2	6,7	5,5	5,2
Ракии	2,5	2,3	2,4	2,4	2,7	2,6	2,5	2,3	2,1	2,1	2,2	2,0	1,9
Други спиртни напитки	0,5	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5

Източник: НСИ

Таблица 36. Медицински персонал

	Брой					
	1980	1990	2000	2005	2010	2011
Лекари	21796	28497	27526	28197	27997	28411
Лекари по дентална медицина	4839	6109	6778	6493	6355	6655
Медицински специалисти по здравни грижи в т. ч.:	77532	88387	49840	47657	47468	47427
фелдшери	7355	7617	3158	2466	2417	2439
акушерки	7897	7544	4131	3455	3247	3270
медицински сестри	45449	53810	31479	31235	31786	31609
лаборанти (клинични и рентгенови)	6757	7604	5964	5935	5765	5837
Зъботехници	2342	2858	1305	1401	1280	1514
помощник-фармацевти	4057	4089	658	238	242	233
друг	3675	4865	3145	2927	2731	2525

Източник: НСИ, НЦОЗА

Таблица 37. Медицински персонал

	Осигуреност на 10 000 души	
	2011 г.	2010 г.
Лекари	38,8	37,3
Лекари по дентална медицина	9,1	8,5
Медицински специалисти по здравни грижи в т. ч.:	64,7	63,2
фелдшери	3,3	3,2
акушерки	4,5	4,3
медицински сестри	43,1	42,4
лаборанти (клинични и рентгенови)	8,0	7,7
зъботехници	2,1	1,7
помощник-фармацевти	0,3	0,3
друг	3,4	3,6

Източник: НСИ, НЦОЗА

Таблица 38.Лекари по области и специалности

Области	Лекари	отн. дял	Вътрешни болести	Детски болести	Инфекциозни болести	Кардиология	Кожни и венерически болести	Нервни болести	Обща медицина	Пневмология и физиатрия	Психиатрия	Физикална и рехабилитационна медицина	Ортопедия и травматология	Очни болести	Урология	Ушно-носно-гърлени болести	Акушерство и гинекология	Хирургия	Клинична лаборатория	Образна диагностика	Други специалности		
																					общо	в т.ч. общо-практически	Други специалности
България	28411	100,0	1467	1423	201	1112	360	1186	228	529	565	477	740	678	391	519	1386	1474	613	860	14202	4697	6655
Благоевград	914	3,2	48	48	10	27	6	34	0	17	8	11	23	17	8	13	37	44	23	24	516	198	261
Бургас	1143	4,0	60	62	7	29	10	56	3	16	25	26	27	22	13	23	50	58	20	40	596	227	274
Варна	2135	7,5	95	124	16	93	29	76	10	47	52	35	43	71	29	42	116	86	43	67	971	315	443
Велико Търново	804	2,8	39	43	5	34	7	33	2	11	21	15	9	14	9	9	30	43	15	20	445	152	187
Видин	345	1,2	21	19	1	10	7	10	1	8	7	3	5	7	0	7	15	14	6	7	197	73	108
Враца	677	2,4	35	37	4	22	5	23	6	16	9	11	18	10	7	9	29	40	11	20	365	115	115
Габрово	466	1,6	25	32	3	16	5	24	5	17	11	11	15	8	8	7	18	15	9	15	222	81	107
Добрич	533	1,9	18	36	5	17	6	23	4	7	16	14	13	9	4	9	26	24	9	17	276	138	121
Кърджали	405	1,4	10	30	4	12	6	14	2	7	13	2	7	6	3	6	24	18	9	11	221	67	117
Кюстендил	470	1,7	20	29	6	15	3	25	6	9	7	10	14	8	7	7	22	25	8	11	238	92	115
Ловеч	610	2,1	43	24	4	17	3	20	2	12	31	8	12	7	5	6	20	24	19	15	338	94	115
Монтана	476	1,7	22	18	4	13	5	23	0	13	4	9	9	7	7	7	18	18	8	11	280	100	87
Пазарджик	852	3,0	62	66	7	22	11	36	2	21	12	17	25	20	15	14	47	49	17	23	386	179	230
Перник	350	1,2	41	17	2	3	4	16	3	4	6	4	7	6	4	6	11	15	5	14	182	85	154
Плевен	1340	4,7	37	66	5	70	14	51	0	27	24	18	36	28	12	20	77	54	26	40	735	218	167
Пловдив	2980	10,5	132	136	26	110	44	116	4	35	51	53	83	82	52	70	146	158	63	91	1528	467	974
Разград	317	1,1	22	17	2	6	4	21	0	7	4	2	5	7	4	6	17	18	8	11	156	55	65
Русе	742	2,6	32	37	5	22	10	26	0	16	23	10	16	12	8	9	33	35	19	25	404	117	180
Силистра	312	1,1	16	24	4	6	4	18	0	5	3	2	4	4	4	4	19	10	6	8	171	65	66
Сливен	576	2,0	20	29	9	24	9	19	1	8	3	11	12	8	4	12	26	25	11	16	329	111	136
Смолян	340	1,2	15	19	3	13	1	16	0	1	2	5	8	6	4	7	15	18	6	9	192	77	122
София (столица)	5849	20,6	201	259	28	304	100	246	23	107	120	97	194	202	119	99	340	309	147	184	2773	873	1587
София	957	3,4	51	45	7	34	4	41	2	24	12	19	24	23	15	13	52	60	20	33	478	145	126
Стара Загора	1421	5,0	59	64	11	49	17	55	13	29	35	23	36	31	13	29	70	72	31	39	745	235	277
Търговище	365	1,3	15	27	2	7	5	14	6	5	7	3	9	13	5	4	14	22	7	10	190	59	64
Хасково	709	2,5	27	42	6	21	10	34	1	15	10	6	13	13	6	11	36	37	18	24	379	155	200
Шумен	556	2,0	21	33	4	16	4	22	3	8	13	10	9	3	9	8	29	29	12	16	307	123	101
Ямбол	371	1,3	21	17	2	20	5	10	2	7	6	2	9	5	4	7	19	21	9	12	193	81	99

Източник: НЦОЗА

Таблица 39. Здравна мрежа и леглови фонд през 2011

<i>Видове заведения</i>	<i>Брой</i>	<i>Легла</i>
Лечебни заведения за болнична помощ – всичко¹⁾	315	44811
Многопрофилни болници	120	25500
Многопрофилна болница за активно лечение	119	25460
Специализирани болници	76	7837
Специализирана болница за активно лечение	39	3837
Специализирана болница за долекуване и продължително лечение	5	241
Специализирана болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация	13	935
Специализирана болница за рехабилитация	19	2824
Психиатрични болници	12	2448
Частни заведения за болнична помощ	89	5799
Лечебни заведения за извънболнична помощ (по отчетите на лечебните заведения)		
Амбулатории за първична медицинска помощ – индивидуални практики	3569	–
Амбулатории за първична дентална помощ – индивидуални практики	4850	–
Амбулатории за първична медицинска помощ – групови практики	219	–
Амбулатории за първична дентална помощ – групови практики	264	–
Амбулатории за специализирана медицинска помощ – индивидуални практики	2858	–
Амбулатории за специализирана дентална помощ – индивидуални практики	62	–
Амбулатории за специализирана медицинска помощ – групови практики	146	–
Амбулатории за специализирана дентална помощ – групови практики	1	–
Медицински центрове	559	617
Дентални центрове	49	6
Медико-дентални центрове	35	38
Диагностично-консултативни центрове	121	263
Самостоятелни медико-диагностични и медико-	1006	–

технически лаборатории		
Други лечебни и здравни заведения		
Комплексни онкологични центрове	7	1152
Центрове за кожно-венерически заболявания	10	100
Центрове за психично здраве	12	1328
Центрове за спешна медицинска помощ	28	–
Самостоятелни центрове за трансфузионна хематология	4	–
Домове за медико-социални грижи за деца	31	3756
Хосписи	49	790
Национални центрове без легла	7	–
РЗИ	28	–
Санаториални заведения	4	674

Източник: НЦОЗА

<i>Видове легла</i>	<i>Брой</i>	<i>Структура (%)</i>	<i>Осигуреност на 10000 население</i>
Всичко¹⁾	44811		61.2
от тях:			
Общо²⁾	41584	100.0	56.8
от тях:			
За анестезиология и интензивно лечение	2327	5.6	3.2
в т.ч.: вътрешни болести	136	0.3	0.2
кардиология	356	0.9	0.5
детски болести	171	0.4	0.2
хирургия	122	0.3	0.2
нервни болести	268	0.6	0.4
гинекология	29	0.1	0.0
ОАРИЛ	1053	2.5	1.4
други	192	0.5	0.3
За активно лечение	32406	77.9	44.2
в т.ч.: вътрешни болести	2574	6.3	3.5
гастроентерология	1029	2.5	1.4
ендокринология и болести на обмяната	593	1.4	0.8
кардиология	1902	4.6	2.6
ревматология	333	0.8	0.5

пневмология и фтизиатрия	2120	5.1	2.9
нефрология	524	1.3	0.7
клинична хематология	440	1.1	0.6
педиатрия	2275	5.5	3.1
детски кърмачески	425	1.0	0.6
неонатология	1220	2.9	1.7
хирургия	4088	9.8	5.6
ортопедия и травматология	1694	4.1	2.3
урология	803	1.9	1.1
неврохирургия	394	0.9	0.5
гинекология	1119	2.7	1.5
родилни	1344	3.2	1.8
патологична бременност	662	1.6	0.9
инфекциозни болести	846	2.0	1.2
очни болести	712	1.7	1.0
ушно-носно-гърлени болести	665	1.6	0.9
психиатрия	2514	6.0	3.4
нервни болести	2659	6.4	3.6
кожни и венерически болести	255	0.6	0.3
клинична токсикология	62	0.1	0.1
онкология	1154	2.8	1.6
За долекуване и продължително лечение	6590	15.9	9.0
в т.ч.: вътрешни болести	379	0.9	0.5
кардиология	–	–	–
ревматология	–	–	–
пневмология и фтизиатрия	410	1.0	0.6
ортопедия и травматология	10	0.0	0.0
психиатрия	550	1.3	0.8
нервни болести	107	0.3	0.1
хипотрофични, увредени и недоносени деца	33	0.1	0.0
физикална и рехабилитационна медицина	5023	12.1	6.9
други	78	0.2	0.1
Дневен стационар	261	0.6	0.4

Източник: НЦОЗА

<i>Видове легла</i>	<i>Брой</i>	<i>Структура (%)</i>	<i>Осигуреност на 10000 население</i>
Всичко²⁾	47391		64.7
от тях:			
Общо³⁾	44164	100.0	60.3
от тях:			
Легла за активно и интензивно лечение	33420	75.7	45.6
Легла за дългосрочна грижа	1017	2.3	1.4

Психиатрични легла	4614	10.4	6.3
Други легла	5113	11.6	7.0
в т.ч.: физиотерапия и реhabилитация	5023	11.4	6.9
дневен стационар	90	0.2	0.1

Източник: НЦОЗА

Таблица 40. Разпределение на общопрактикуващите лекари по региони и брой население на 1 ОПЛ

Област	Брой ОПЛ за 2011 г.	Брой ОПЛ за 2010 г.	Брой население на 1 ОПЛ 2011 г.	Брой население на 1 ОПЛ 2010 г.
Благоевград	198	202	1704	1669
Бургас	231	238	1791	1731
Варна	316	321	1532	1503
Велико Търново	155	156	1657	1663
Видин	73	73	1483	1517
Враца	116	116	1696	1713
Габрово	81	80	1621	1654
Добрич	141	143	1418	1411
Кърджали	69	70	2414	2373
Кюстендил	93	95	1549	1531
Ловеч	97	97	1521	1543
Монтана	100	102	1552	1535
Пазарджик	174	175	1689	1647
Перник	86	87	1579	1532
Плевен	218	218	1329	1337
Пловдив	478	483	1494	1477
Разград	58	60	2364	2297
Русе	118	117	2065	2098
Силистра	65	65	1905	1904
Сливен	114	120	1843	1749
Смолян	79	79	1583	1569
София град	1155	1138	1089	1097
София област	147	147	1673	1671
Стара Загора	236	243	1489	1449
Търговище	59	59	2245	2255
Хасково	151	151	1644	1646
Шумен	106	105	1762	1764
Ямбол	82	82	1690	1709
Средно за страната	4996	5022	1516	1508

Източник: НЗОК

Таблица 41. Средномесечен брой профилактични прегледи извършени от ОПЛ по области

Област	Брой проф. прегледи до 18 г. за 2011г	Брой проф. прегледи до 18г. за 2010г.	Обхванато население с профилактичен преглед за 2011 г. в %	Обхванато население с профилактичен преглед за 2010 г. в %
Благоевград	109376	102346	39%	37%
Бургас	104169	93702	31%	28%
Варна	119031	113072	30%	28%
Велико Търново	107082	101353	49%	46%
Видин	38350	38556	41%	41%
Враца	55984	55650	34%	33%
Габрово	30061	31408	27%	28%
Добрич	57909	53938	35%	32%
Кърджали	46254	44446	33%	32%
Кюстендил	51725	47048	42%	38%
Ловеч	43784	42173	35%	34%
Монтана	53119	51869	41%	39%
Пазарджик	107198	100490	44%	42%
Перник	25726	23896	22%	21%
Плевен	84641	81373	35%	33%
Пловдив	283089	269848	47%	45%
Разград	31846	29020	28%	26%
Русе	72060	70868	35%	34%
Силистра	12347	11949	12%	12%
Сливен	57044	56612	34%	34%
Смолян	43778	42960	41%	40%
София град	325949	311512	31%	30%
София област	78563	71478	38%	35%
Стара Загора	81410	80485	28%	27%
Търговище	45401	42335	42%	39%
Хасково	64352	63522	31%	31%
Шумен	45762	41820	30%	27%
Ямбол	49795	48681	43%	42%
Общо	2 225 805	2 122 410	35%	34%

Източник: НЗОК

Таблица 42. Разходи за дентална помощ

Название на дейността	Разход в хил. лева	Структура на разхода в %
Извънболнична дентална помощ	97 049	100%
I. Първична дентална помощ	94 941	97,83%

1. Общо по чл.310 (НРД 2010)/ чл.1, ал.2 от Приложение №12 към чл. 3 от ПМС №304/17.12.2010г.(НРД 2011)	94 254	97,12%
2. Общо по чл.312 (НРД 2010)/ чл.2 от Приложение №12 към чл. 3 от ПМС №304/17.12.2010 г. (НРД 2011)	314	0,32%
3.Неблагоприятни условия	373	0,38%
II. Специализирана дентална помощ	2111	2,18%
Други	-3	0,00%

Източник: НЗОК

Таблица 43 Легла в лечебните заведения за болнична помощ и други лечебни заведения по видове - брой

Области	Общо	За активно и интензивно лечение	За дългосрочна грижа	Психиатрични легла	Други легла	В това число	
						физиотерапия и рехабилитация	дневен стационар
Общо	44164	33420	1017	4614	5113	5023	90
Благоевград	1450	1016	20	110	304	304	–
Бургас	2011	1164	40	268	539	514	25
Варна	2273	1923	2	152	196	190	6
В. Търново	1624	1143	34	225	222	222	–
Видин	366	336	–	30	–	–	–
Враца	1312	1009	152	75	76	76	–
Габрово	851	636	68	118	29	29	–
Добрич	867	607	–	170	90	90	–
Кърджали	918	539	59	320	–	–	–
Кюстендил	1001	615	–	30	356	356	–
Ловеч	1130	633	–	475	22	22	–
Монтана	897	679	10	43	165	165	–
Пазарджик	1896	1521	100	100	175	175	–
Перник	529	384	75	25	45	45	–
Плевен	1678	1475	35	107	61	61	–
Пловдив	5081	3964	64	340	713	713	–
Разград	516	446	–	45	25	25	–
Русе	1514	934	–	465	115	115	–
Силистра	436	411	–	15	10	10	–
Сливен	1024	920	5	20	79	79	–
Смолян	747	553	3	40	151	151	–
София-столица	8916	7134	158	447	1177	1144	33

София	1641	1249	75	60	257	257	–
Ст. Загора	2599	1677	70	568	284	258	26
Търговище	643	557	10	76	–	–	–
Хасково	978	868	15	80	15	15	–
Шумен	834	625	22	180	7	7	–
Ямбол	432	402	–	30	–	–	–

Източник: НСИ, НЦОЗА

Таблица 44 Дейност на стационарите на лечебните заведения през 2011 г.

<i>Видове заведения</i>	<i>Преминали</i>	<i>Използвае- мост на леглата (дни)</i>	<i>Оборот на легла- та</i>	<i>Среден прес- той на 1 ле- куван болен (дни)</i>	<i>Лета- ли- тет (%)</i>
Лечебни заведения за болнична помощ – всичко¹⁾	1818130	255	44	5.8	1.4
Многопрофилни болници	1198016	263	47	5.6	1.9
Многопрофилна болница за активно лечение	1197574	263	47	5.6	1.9
Специализирани болници	290738	259	38	6.9	0.4
Специализирана болница за активно лечение	173681	288	47	6.1	0.6
Специализирана болница за долекуване и продължително лечение	10111	284	38	7.4	0.1
Специализирана болница за долекуване, прод. лечение и рехабилитация	24863	251	26	9.8	0.6
Специализирана болница за рехабилитация	82083	222	29	7.6	0.0
Психиатрични болници	12413	286	5	57.3	1.0
Частни заведения за болнична помощ	316963	199	55	3.6	0.4
Комплексни онкологични центрове	61506	276	54	5.1	0.6
Центрове за кожно- венерически заболявания	3627	293	36	8.1	–
Центрове за психично здраве	20197	297	15	19.9	0.1

Източник: НЦОЗА

Таблица 45 Разпределение на разходите по видове болници

	Година	Общи разходи	Разходи по видове болници																	
			Разходи за храна %	Разходи за медикаменти %	Разходи за материали горива и енергия %	Текущ ремонт %	Постелочен инвентар и работно облекло %	Капиталови разходи %	Разходи за външни услуги %	Разходи за амортизация %	Заплати на персонала %	Допълнителни възнаграждения и плащания на персонала %	Осигуровки за сметка на ДОО %	Здравно-осигурителни вноски %	Вноски за ПО %	Фонд гарантирани вземания %	Фонд ТЗ и ПБ %	Разходи за данъци, такси и др. Подобни плащания %	Други разходи %	Учебни и научно изследователски разходи %
			11	12	13	14	15	20	21	31	42	43	52	54	55	56	57	61	91	100
Национално ниво	2011	1 247 654 385,09	2,58 %	28,5 4%	6,54 %	1,06 %	0,12 %	0,10 %	6,87 %	5,55 %	35,7 6%	2,45 %	4,99 %	1,86 %	0,83 %	0,01 %	0,17 %	0,55 %	1,99 %	0,03 %
	2010	1 320 663 480,14	2,52 %	31,1 6%	5,94 %	0,93 %	0,10 %	0,56 %	6,72 %	5,63 %	34,7 9%	2,16 %	4,56 %	1,64 %	0,49 %	0,04 %	0,15 %	0,56 %	1,98 %	0,06 %
	2009	1 298 418 715,70	2,89 %	30,7 8%	6,68 %	1,55 %	0,19 %	0,38 %	6,38 %	5,38 %	34,3 6%	1,88 %	4,53 %	1,56 %	0,46 %	0,04 %	0,13 %	0,42 %	2,33 %	0,06 %
Университетски болници	2011	384 042 521,17	1,83 %	37,8 5%	5,70 %	1,37 %	0,08 %	0,06 %	3,62 %	6,30 %	32,6 6%	2,15 %	3,79 %	1,59 %	0,59 %	0,00 %	0,11 %	0,47 %	1,81 %	0,01 %
	2010	419 411 619,08	1,71 %	40,2 7%	5,07 %	1,21 %	0,09 %	0,01 %	3,33 %	6,59 %	32,2 4%	1,75 %	3,48 %	1,38 %	0,50 %	0,02 %	0,10 %	0,36 %	1,87 %	0,02 %
	2009	436 583 196,51	2,14 %	38,6 0%	5,87 %	2,01 %	0,16 %	0,01 %	3,82 %	5,82 %	31,4 9%	1,44 %	3,75 %	1,33 %	0,49 %	0,04 %	0,10 %	0,35 %	2,50 %	0,09 %
Областни болници	2011	294 186 012,04	2,74 %	20,7 7%	7,79 %	1,35 %	0,13 %	0,00 %	6,49 %	6,03 %	39,9 3%	3,46 %	4,98 %	1,91 %	0,78 %	0,03 %	0,20 %	0,58 %	2,78 %	0,06 %
	2010	277 111 657,57	3,17 %	20,8 6%	7,61 %	1,12 %	0,09 %	0,00 %	6,79 %	6,38 %	39,8 2%	3,18 %	4,80 %	1,92 %	0,54 %	0,03 %	0,23 %	0,39 %	2,92 %	0,13 %
	2009	293 096 305,09	3,51 %	21,4 3%	8,03 %	1,58 %	0,24 %	0,00 %	7,05 %	5,78 %	39,9 9%	1,96 %	4,91 %	1,90 %	0,41 %	0,04 %	0,14 %	0,39 %	2,58 %	0,04 %
Общински болници	2011	199 630 219,88	2,85 %	14,6 4%	8,60 %	0,88 %	0,07 %	0,08 %	6,94 %	5,37 %	46,5 5%	2,78 %	6,26 %	1,98 %	0,59 %	0,01 %	0,22 %	0,50 %	1,64 %	0,02 %
	2010	219 325 913,91	3,37 %	14,5 5%	8,37 %	0,89 %	0,09 %	0,22 %	6,54 %	6,05 %	47,1 3%	2,54 %	5,60 %	2,04 %	0,55 %	0,06 %	0,19 %	0,46 %	1,32 %	0,02 %
	2009	249 622 654,72	3,50 %	15,1 6%	9,15 %	1,08 %	0,24 %	0,46 %	6,97 %	6,27 %	44,0 6%	2,27 %	5,49 %	1,88 %	0,56 %	0,07 %	0,17 %	0,45 %	2,21 %	0,01 %

Източник: НЦОЗА

Таблица 46 Брой на здравноосигурените лица, преминали болнично лечение

Области	Брой пациенти преминали по КП	Брой хоспитализации
Благоевград	39830	53781
Бургас	48099	67537
Варна	75447	111358
В. Търново	30465	44616
Видин	10276	13192
Враца	29810	44939
Габрово	19983	27805
Добрич	18577	23715
Кърджали	17465	23233
Кюстендил	22826	30401
Ловеч	21096	29469
Монтана	26436	38562
Пазарджик	49604	71115
Перник	12759	15847

Плевен	53582	74927
Пловдив	150260	249106
Разград	16409	22810
Русе	32415	47254
Силистра	13740	17281
Сливен	31327	46817
Смолян	17236	22949
София - столица	276001	406521
София - област	25472	37634
Стара Загора	48634	67869
Търговище	20455	27986
Хасково	28418	39675
Шумен	19657	26519
Ямбол	17194	22245
ОБЩО	1173473	1705163

Източник: НЗОК

Таблица 47. Водещи клинични пътеки по вид на собственост

2011 публични лечебни заведения					2011 частни лечебни заведения				
КП №	КП име	Брой случаи	Процент от общият брой случаи	Общ разход за пътека	КП №	КП име	Брой случаи	Процент от общият брой случаи	Общ разход за пътека
			1411321					261442	
52	Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 функционален клас без механична вентилация	63801	4,52%	26796420	131	Оперативно отстраняване на катаракта	16728	6,40%	6022080
298	Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години	62051	4,40%	37416753	38	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания	9911	3,79%	7849512
102	Бронхопневмония при лица под 18-годишна възраст	47782	3,39%	26041190	166	Хирургични интервенции на ануса и периналното пространство	8505	3,25%	3623130
141	Раждане независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение	44562	3,16%	20944140	52	Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 функционален клас без механична вентилация	8419	3,22%	3535980
7	Болести на черепно-мозъчните нерви, на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни	43176	3,06%	19904136	7	Болести на черепно-мозъчните нерви, на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми +	7746	2,96%	3570906

	болкови синдроми + вертеброгенни дискови и дискартикулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми					вертеброгенни дискови и дискартикулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми			
244	Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателния апарат	43092	3,05%	12927600	14 1	Раждане независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение	7076	2,71%	3325720
1	Исхемичен мозъчен инсулт без тромбоза	40970	2,90%	25114610	24 4	Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателния апарат	6607	2,53%	1982100
91	Бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18-годишна възраст	39925	2,83%	16369250	10 2	Бронхопневмония при лица под 18-годишна възраст	6466	2,47%	3523970
279	Грижи за здраво новородено дете	33737	2,39%	4756917	21 7	Оперативни процедури на таза и долния крайник със среден обем и сложност	6414	2,45%	5772600
61	Остър и обострен хроничен пиелонефрит	25971	1,84%	10907820	16 7	Оперативни процедури при хернии	5861	2,24%	3364214
144	Стационарни грижи при бременност с повишен риск преди 36 г.с.	24943	1,77%	9727770	33	Заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума	5833	2,23%	5833000
104	Декомпенсиран захарен диабет при лица над 18 години	23850	1,69%	11853450	28	Високоспециализиран и интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт	5104	1,95%	4083200
241	Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферната нервна система	23672	1,68%	7101600	27 9	Грижи за здраво новородено дете	5075	1,94%	715575
8	Диабетна полиневропатия	22836	1,62%	4110480	28 8	Възпалителни ставни заболявания при лица над 18 години	5038	1,93%	3471182
47, 2	Нестабилна форма на Ангина пекторис/остър миокарден инфаркт без ST-елевация без инвазивно изследване и/или интервенционално лечение без насочване за ранна коронарография и минимален болничен престой 3 дни	22487	1,59%	7420710	14 9	Оперативни интервенции чрез долен достъп за отстраняване на болестни изменения или инвазивно изследване на женските полови органи	4914	1,88%	1361178
56	Ритъмни и проводни нарушения	18115	1,28%	6249675	49	Нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално	4606	1,76%	1415423 8

					лечение				
227	Остро протичащи чревни инфекциозни болести с диаричен синдром при лица под 18 години	17904	1,27%	8271648	48	Нестабилна форма на ангина пекторис с инвазивно изследване	4576	1,75%	4269408
26	Заболявания на горния гастроинтестинален тракт	17467	1,24%	10480200	24 1	Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферната нервна система	4526	1,73%	1357800
149	Оперативни интервенции чрез долен достъп за отстраняване на болестни изменения или инвазивно изследване на женските полови органи	16869	1,20%	4672713	14 4	Стационарни грижи при бременност с повишен риск преди 36 г.с.	4045	1,55%	1577550
103	Бронхиолит при лица под 18-годишна възраст	16744	1,19%	7216664	13 8	Консервативно лечение на глаукома, съдови заболявания на окото и неперфоративни травми	4061	1,55%	1108653
		58615 3	41,53%	25148732 6			13151 1	50,30%	8050199 6

Източник: НЗОК, НЦОЗА

Таблица 48 Структура на отчетените медицински изделия за 2011 г.

Код	Наименование на медицинско изделие	Отчетен брой	Процент на медицински изделия по видове
Всичко:			
1	сърдечна клапна протеза	2 748	6,8%
2	съдова протеза за гръдна аорта съдови протези за коремна аорта и	237	0,6%
3	дистални съдове	1 787	4,4%
4	Стент	25 882	63,6%
5	ставна протеза за тазобедрена става	5 582	13,7%
6	ставна протеза за колянна става	1 228	3,0%
7	кохлеарен протезен апарат	37	0,1%
8	постоянен кардиостимулатор	2 981	7,3%
9	временен кардиостимулатор	223	0,5%

Източник: НЗОК

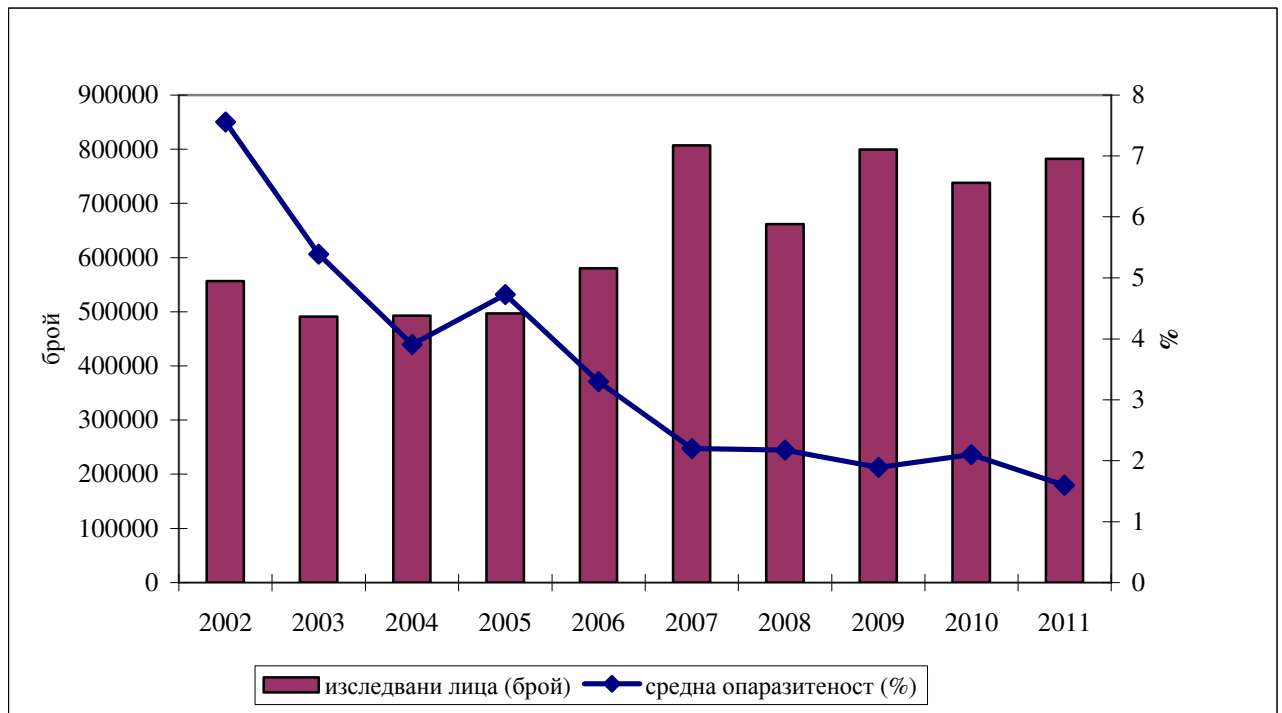
Таблица 49. Класацията за най-здравите нации в света

Rank	Country	Health Grade	Total Health Score	Health Risk Penalty
1	Singapore	89.45%	92.52%	3.07%
2	Italy	89.07	94.61	5.54
3	Australia	88.33	93.19	4.86
4	Switzerland	88.29	93.47	5.17
5	Japan	86.83	91.08	4.25
6	Israel	85.97	91.97	6.00
7	Spain	84.36	91.26	6.90
8	Netherlands	84.09	88.40	4.31
9	Sweden	83.90	89.37	5.47
10	Germany	83.58	88.81	5.23
11	Cyprus	83.29	88.87	5.57
12	Austria	83.10	89.12	6.02
13	France	82.99	88.66	5.68
14	Canada	82.46	88.60	6.14
15	New Zealand	81.79	87.87	6.08
16	Greece	81.63	86.40	4.77
17	Hong Kong	81.41	86.10	4.69
18	Norway	80.53	86.53	6.01
19	Ireland	79.91	86.48	6.57
20	Belgium	77.48	82.88	5.40
.....
73	Bulgaria	47.54	53.61	6.08

Източник: Bloomberg

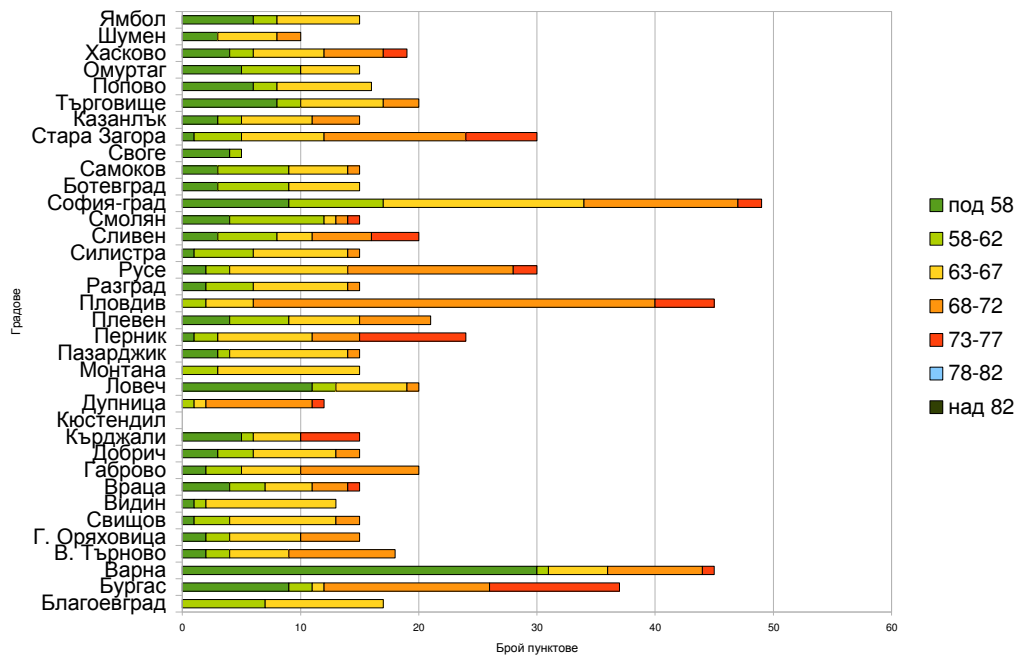
8.2. Фигури

Фигура 34. Брой лица, изследвани за паразитози и обща средна опаразитеност на населението (2002-2011 г.)



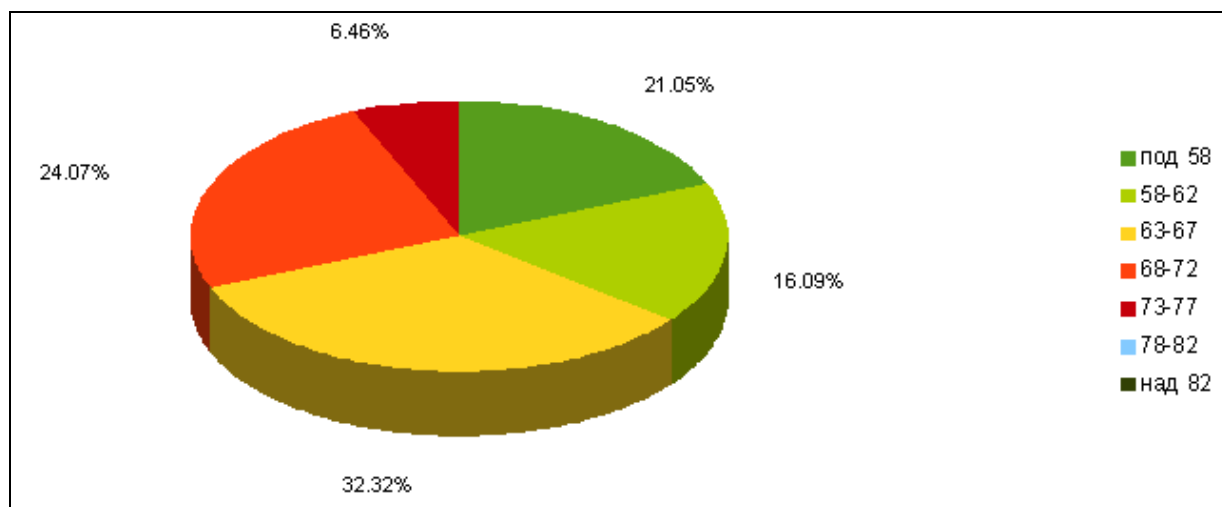
Източник: НЦЗПБ

Фигура 35. Разпределение по диапазони на регистрираните шумови нива в 35 града на Р България



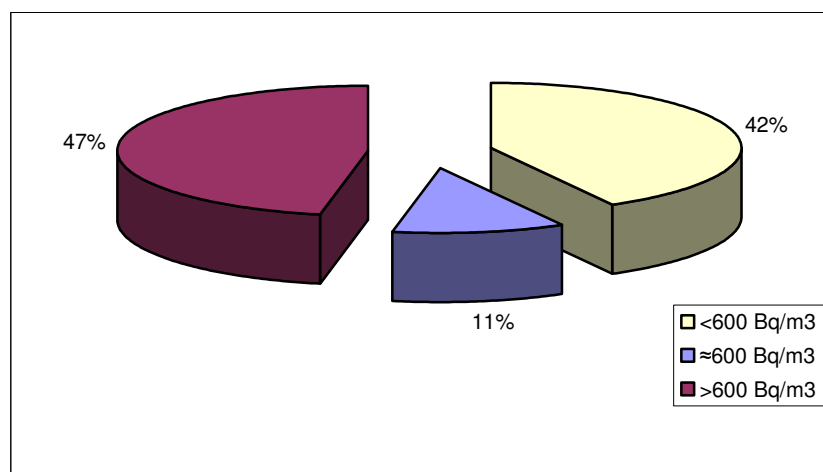
Източник: МЗ

Фигура 36. Разпределение по диапазони на регистрираните шумови нива в урбанизираните територии за 2011 г., в %



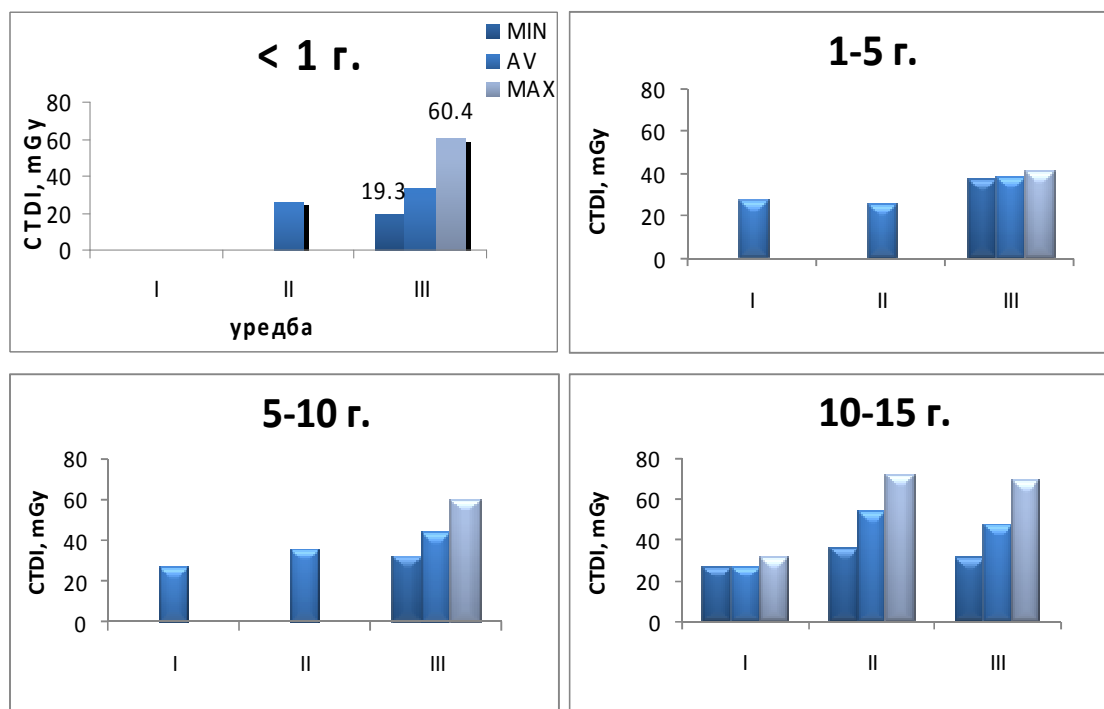
Източник: МЗ

Фигура 37. Пасивни измервания на концентрацията на радон в с. Бачково



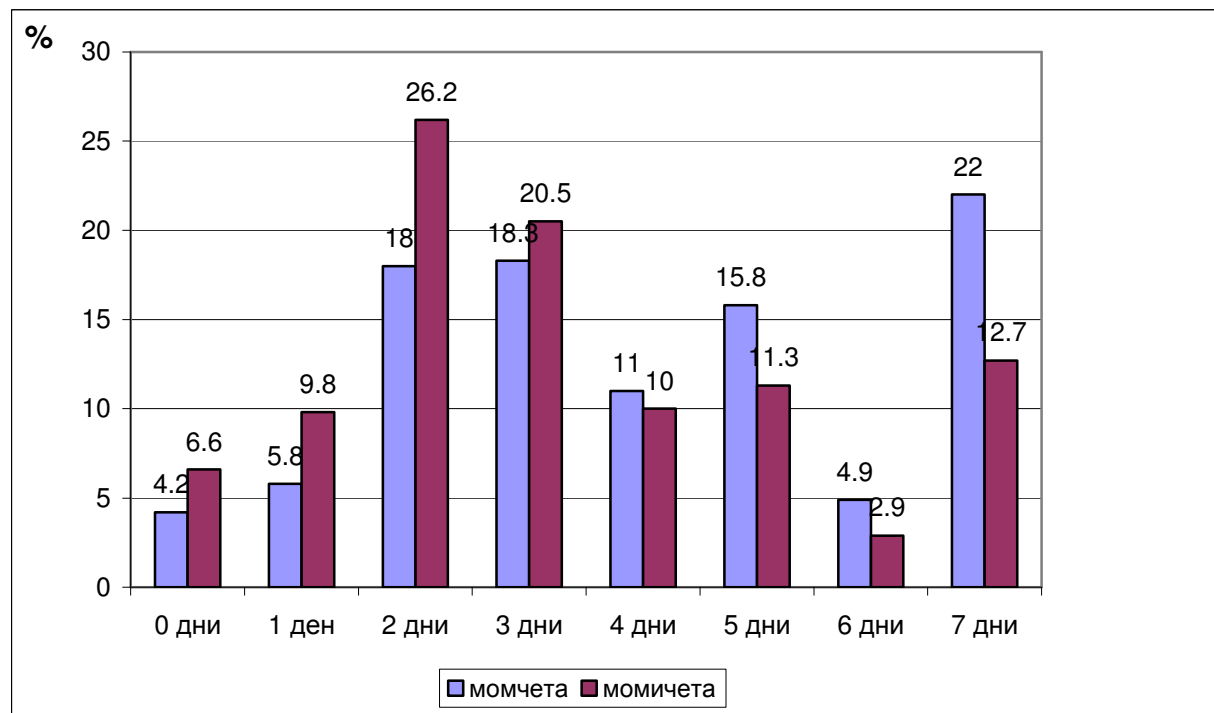
Източник: МЗ

Фигура 38. Резултати за дозите на пациентите при компютърна томография на глава в три лечебни заведения за 4 възрастови групи.



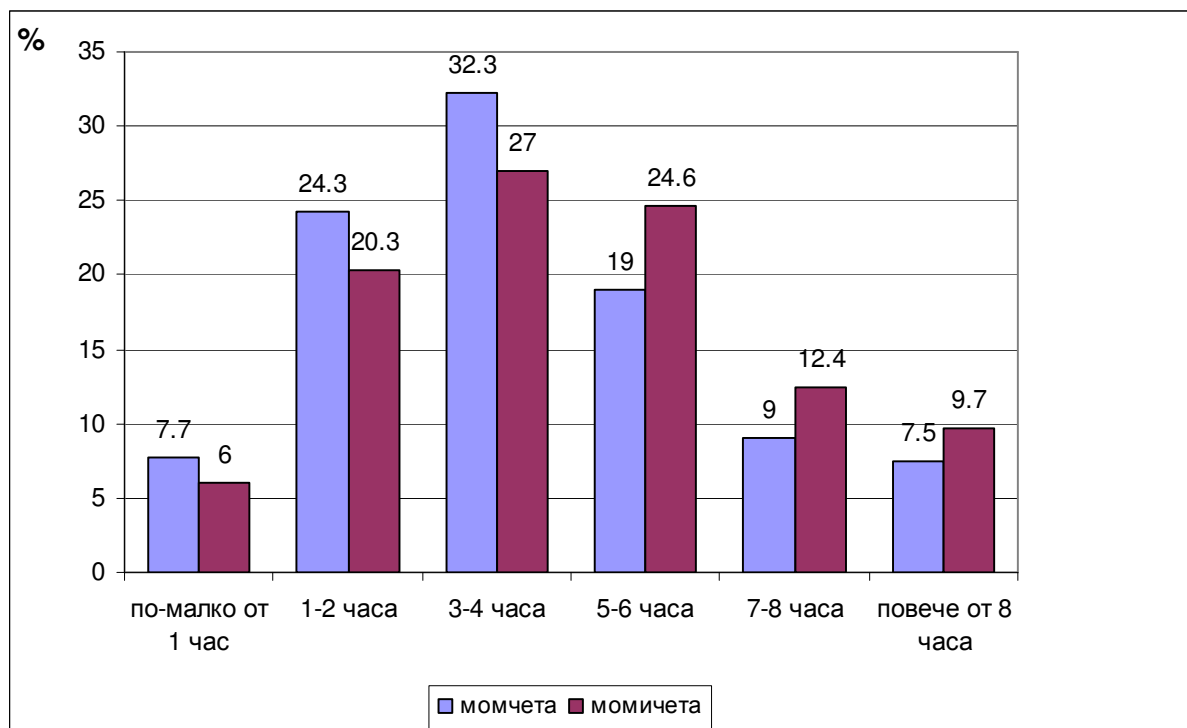
Източник: НЦРРЗ

Фигура 39. Умерена до интензивна физическа активност (най-малко 60 мин./ден) при деца на 7-18 год.



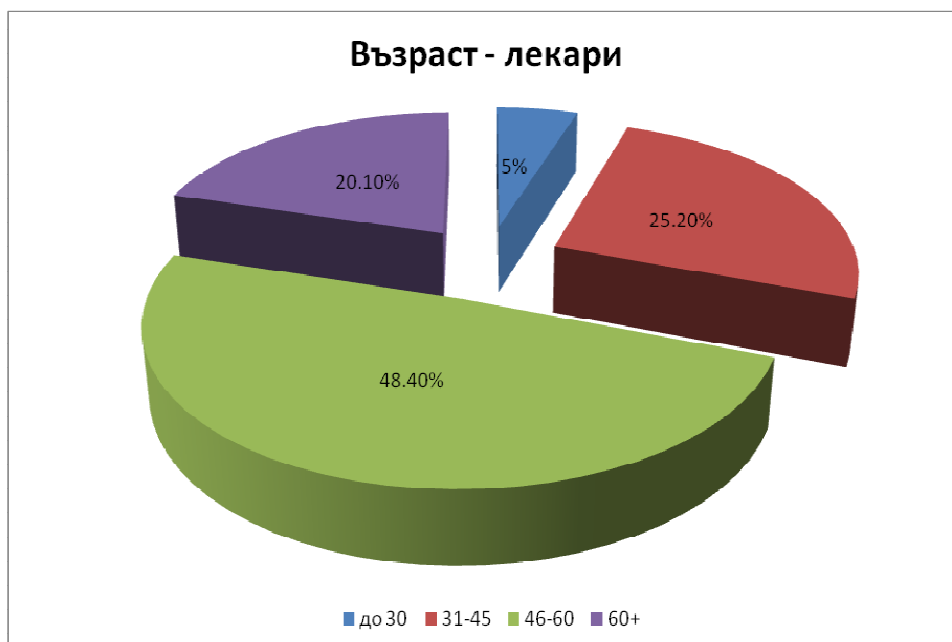
Източник: Национално проучване на храненето и хранителния статус на учениците в България, 2011 г.

Фигура 40. Време прекарано в седнала/легнала поза на ден извън часовете в училище и сън при деца на 7-18 год.



Източник: Национално проучване на храненето и хранителния статус на учениците в България, 2011 г.

Фигура 41



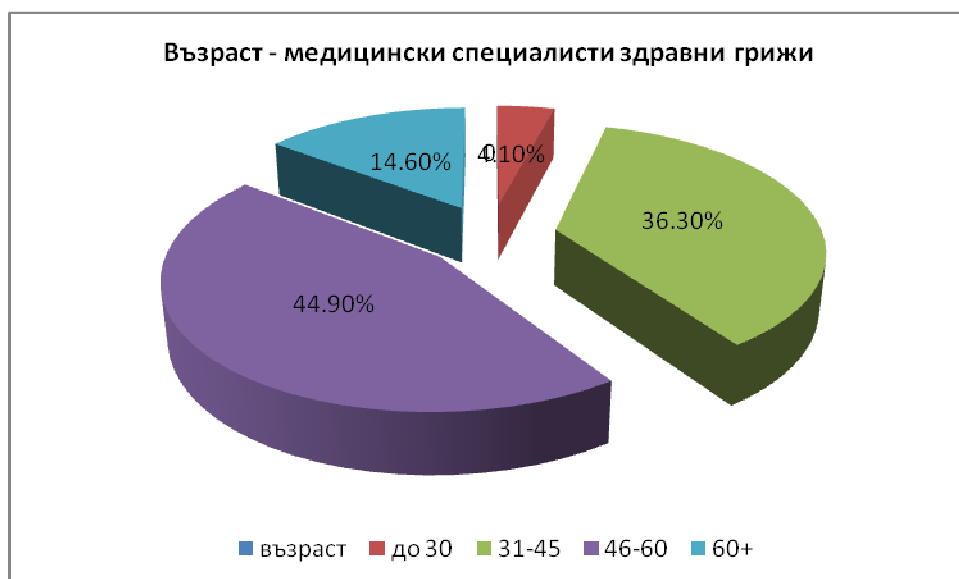
Източник: www.politiki.bg

Фигура 42



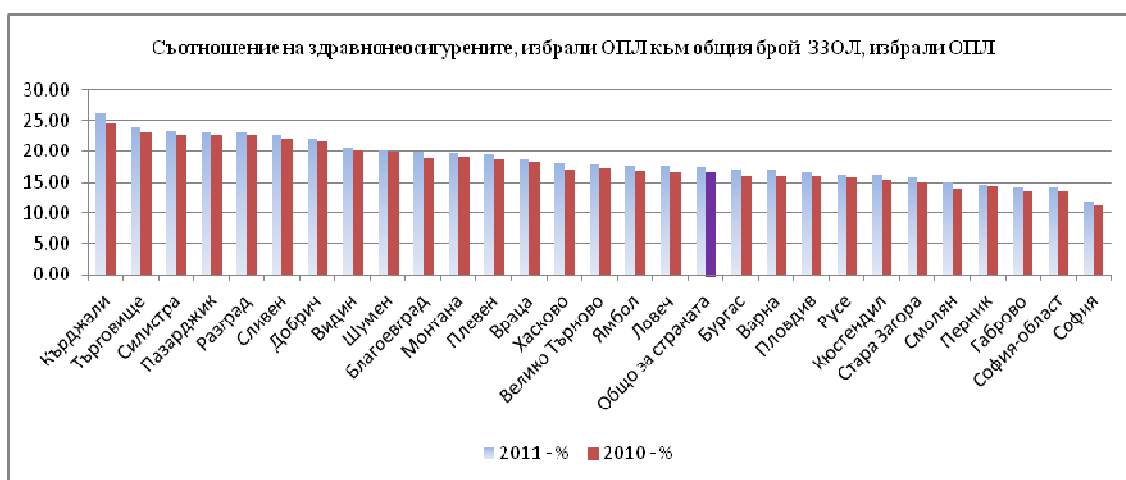
Източник: www.politiki.bg

Фигура 43



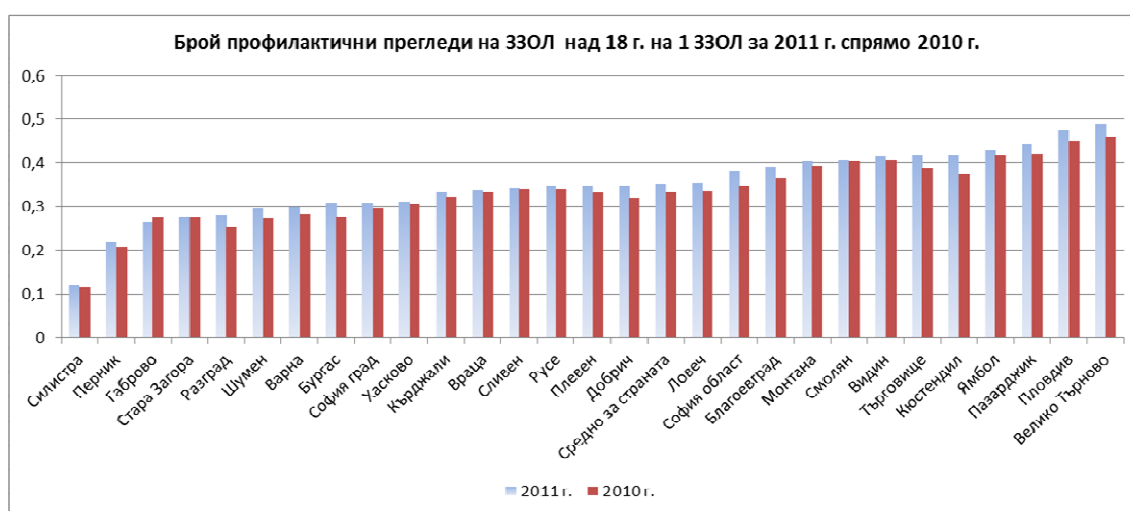
Източник: www.politiki.bg

Фигура 44



Източник: НЗОК

Фигура 45.



Източник: НЗОК

Фигура 46



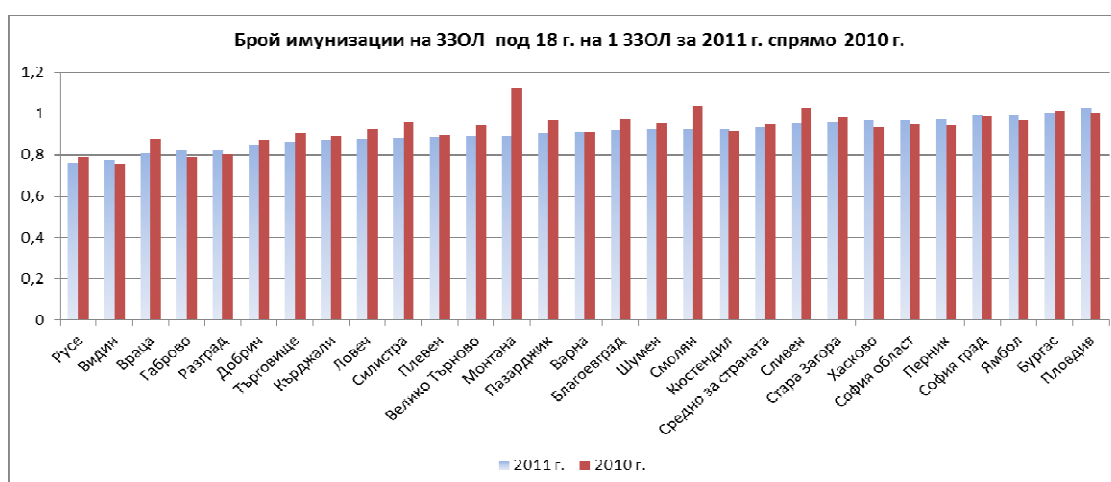
Източник: НЗОК

Фигура 47



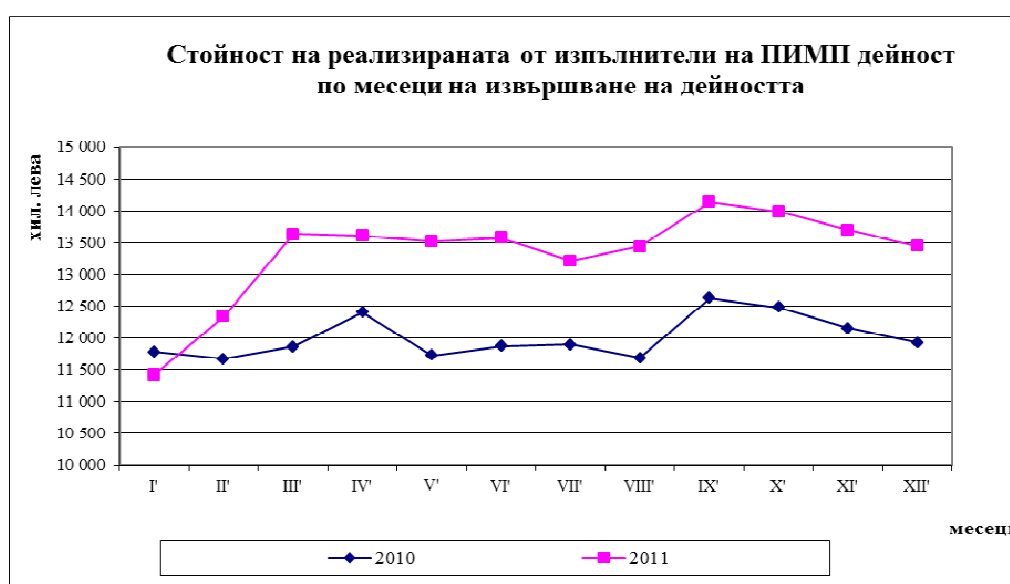
Източник: НЗОК

Фигура 48



Източник: НЗОК

Фигура 49



Източник: НЗОК

Фигура 50



Източник: НЗОК

Фигура 51



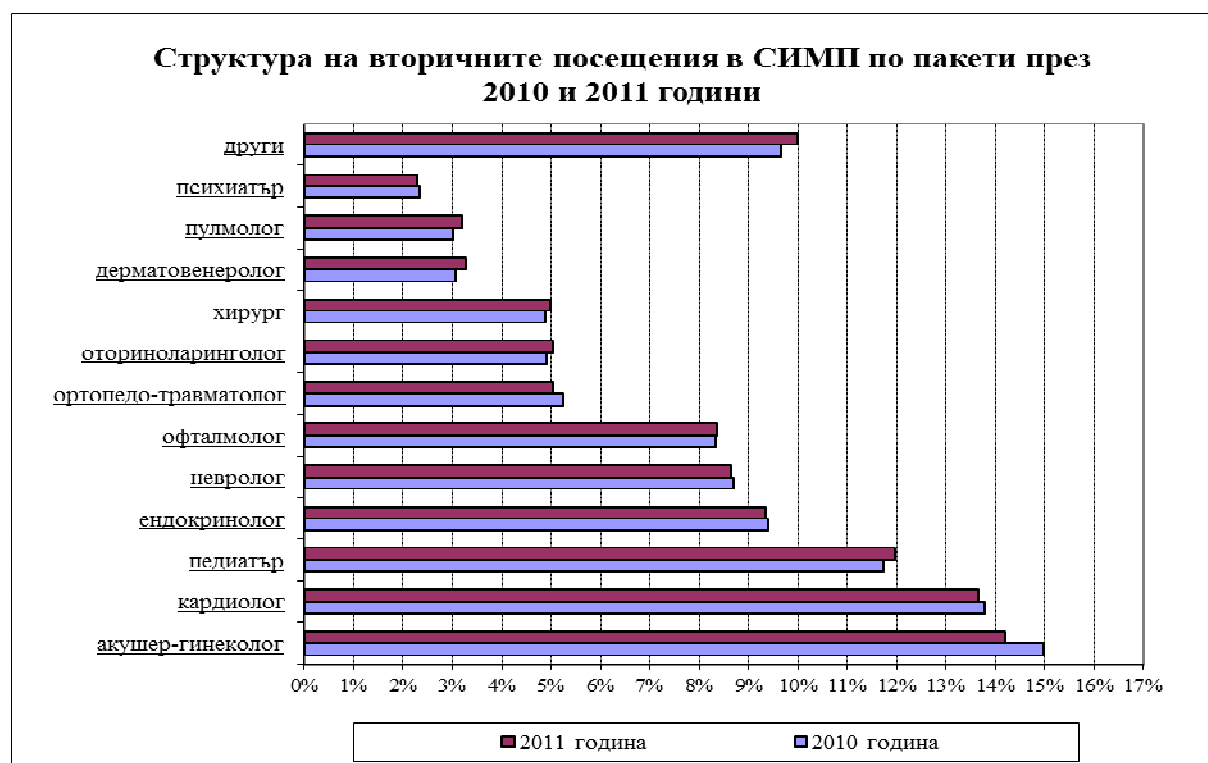
Източник: НЗОК

Фигура 52



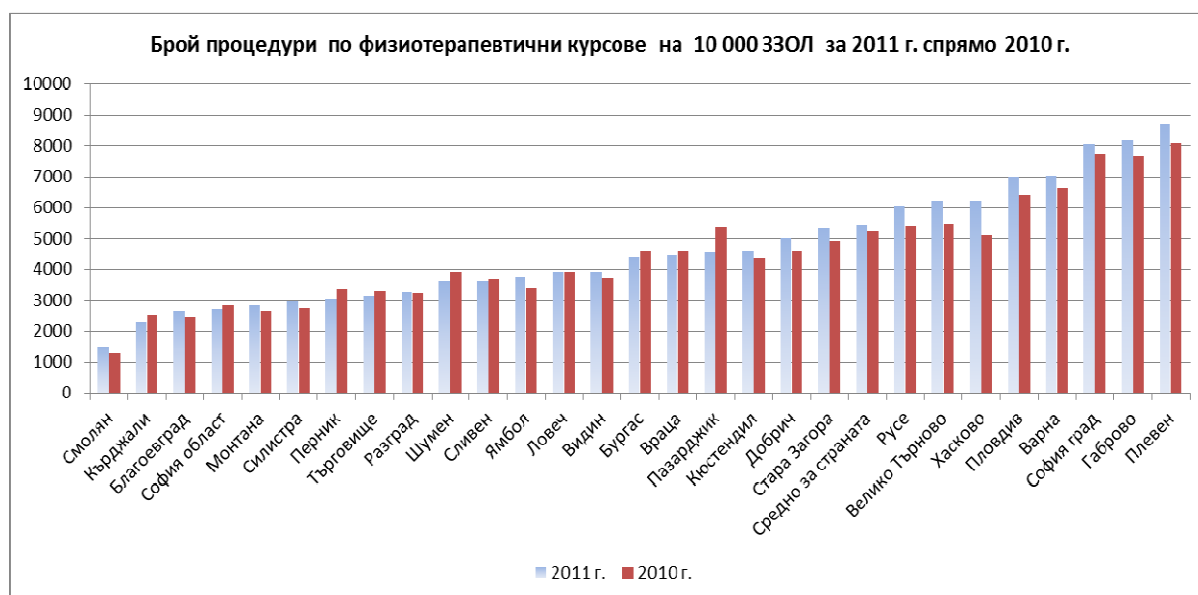
Източник: НЗОК

Фигура 53



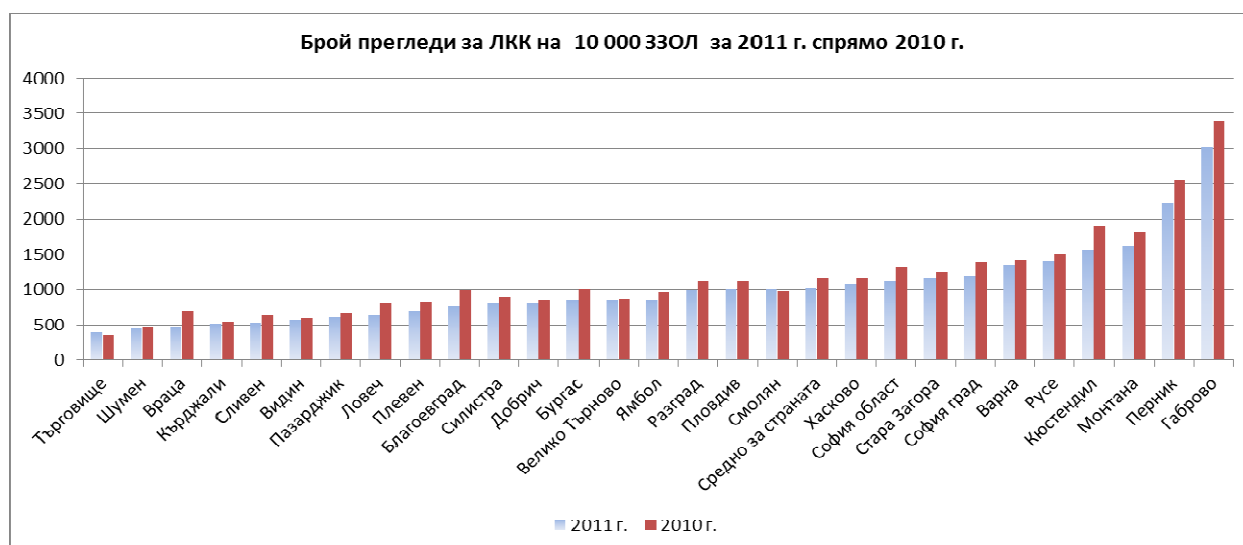
Източник: НЗОК

Фигура 54



Източник: НЗОК

Фигура 55



Източник: НЗОК

Фигура 56



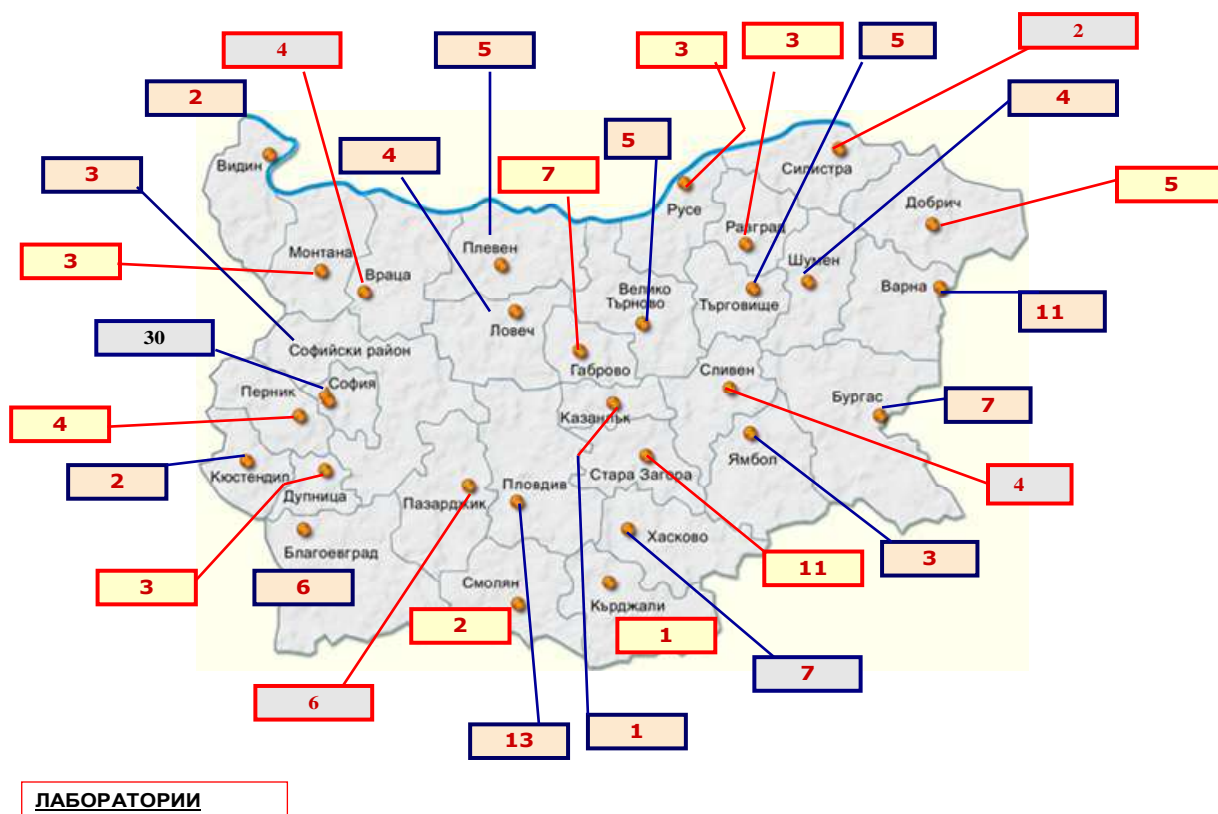
Източник: НЗОК

Фигура 57



Източник: НЗОК

Фигура 58. Териториалното разпределение на мониторирувани микробиологчни лаборатории



Източник: НЦЗПЗ

Фигура 59. Тотална антибиотична консумация



Източник: НЦЗПЗ

8.3. Списък на нормативните актове през 2011 г.

1. Наредба № 53 от 13.12.2010 г. за условията и реда за осигуряване на денонощен достъп на лекарите, пряко участващи в медицинското обслужване на потенциалния донор, до служебния регистър на Изпълнителната агенция по трансплантация, който включва лицата, изразили несъгласие за вземане на органи, тъкани и клетки

Обн. - ДВ, бр. 1 от 04.01.2011 г.;

Издадена от министъра на здравеопазването

2. Наредба № 55 от 13.12.2010 г. за условията и реда за издаване на лицензии за дейности с наркотични вещества за медицински цели от приложения № 2 и 3 на Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите

Обн. - ДВ, бр. 1 от 04.01.2011 г.;

Издадена от министъра на здравеопазването

3. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2001 г. за качеството на водата, предназначена за питейно-битови цели (обн., ДВ, бр. 30 от 2001 г.; изм., бр. 87 от 2007 г.)

Обн. - ДВ, бр. 1 от 04.01.2011 г.;

Издаден от министъра на здравеопазването, министъра на околната среда и водите и министъра на регионалното развитие и благоустройството

4. Постановление № 329 на МС от 29.12.2010 г. за закриване на Дома за медико-социални грижи за деца - Тетевен

Обн. - ДВ, бр. 2 от 07.01.2011 г., в сила от 07.01.2011 г.

Министерският съвет

5. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 47 от 2010 г. за организацията, дейността и условията и реда за финансиране на националните и републиканските консултанти (ДВ, бр. 75 от 2010 г.)

Обн. - ДВ, бр. 3 от 11.01.2011 г.;

Издадена от министъра на здравеопазването

6. Национален рамков договор за денталните дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския зъболекарски съюз за 2011 г.

Обн. - ДВ, бр. 3 от 11.01.2011 г., в сила от 01.01.2011 г.

Издаден от министъра на здравеопазването

7. Национален рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2011 г.

Обн. - ДВ, бр. 3 от 11.01.2011 г., в сила от 01.01.2011 г.;

8. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 47 от 2009 г. за условията и реда за изследване, съобщаване и отчет на заразеност с вируса на синдрома на придобитата имунна недостатъчност (ДВ, бр. 103 от 2009 г.)

Обн. - ДВ, бр. 5 от 14.01.2011 г.

Издаден от министъра на здравеопазването

9. Постановление № 1 на МС от 06.01.2011 г. за структурни промени в системата на здравеопазването

Обн. - ДВ, бр. 5 от 14.01.2011 г., в сила от 14.01.2011 г.

10. Постановление № 2 на МС от 06.01.2011 г. за изменение и допълнение на Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, приета с Постановление № 119 на Министерския съвет от 2006 г. (обн., ДВ, бр. 45 от 2006 г.; изм. и доп., бр. 57 от 2007 г. и бр. 1 от 2009 г.)

Обн. - ДВ, бр. 5 от 14.01.2011 г.

11. Постановление № 3 на МС от 07.01.2011 г. за изменение и допълнение на Устройствения правилник на Изпълнителната агенция по трансплантация, приет с

Постановление № 34 на Министерския съвет от 2004 г. (обн., ДВ, бр. 15 от 2004 г.; изм. и доп., бр. 11 от 2007 г. и бр. 11 от 2010 г.)

Обн. - ДВ, бр. 5 от 14.01.2011 г.

12. Устройствен Правилник на регионалните здравни инспекции

Обн. - ДВ, бр. 6 от 18.01.2011 г., в сила от 18.01.2011 г.

Издаден от Министерството на здравеопазването

13. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 18 от 2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения (обн., ДВ, бр. 54 от 2005 г.; изм. и доп., бр. 67 от 2006 г., бр. 77 от 2008 г., бр. 11 от 2009 г., бр. 5 и 12 от 2010 г.)

Обн. - ДВ, бр. 10 от 10.02.2011 г.;

Издадена от министъра на здравеопазването

14. Закон за изменение и допълнение на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (обн., ДВ, бр. 31 от 2007 г.; изм., бр. 19 от 2008 г.; Решение № 5 на Конституционния съд от 2008 г. - бр. 65 от 2008 г.; изм., бр. 71 от 2008 г., бр. 10, 23, 41, 88 и 102 от 2009 г. и бр. 59 и 98 от 2010 г.)

Обн. - ДВ, бр. 12 от 08.02.2011 г., в сила от 08.02.2011 г.

15. Постановление № 20 на МС от 01.02.2011 г. за изменение и допълнение на Наредбата за изискванията към напитките от плодове, приета с Постановление № 219 на Министерския съвет от 2002 г. (обн., ДВ, бр. 94 от 2002 г.; изм., бр. 1 от 2004 г.)

Обн. - ДВ, бр. 12 от 08.02.2011 г., в сила от 08.02.2011 г.

16. Наредба № 34 от 25.11.2005 г. за реда за заплащане от републиканския бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване

Обн. - ДВ, бр. 95 от 29.11.2005 г.; в сила от 29.11.2005 г.; изм. и доп., бр. 16 от 21.02.2006 г.; в сила от 21.02.2006 г.; изм., бр. 48 от 13.06.2006 г.; доп., бр. 95 от 24.11.2006 г., в сила от 01.01.2007 г.; изм. и доп., бр. 31 от 21.03.2008 г., в сила от 21.03.2008 г.; изм. и доп., бр. 69 от 05.08.2008 г.; изм. и доп., бр. 89 от 14.10.2008 г.; изм., бр. 90 от 17.10.2008 г., в сила от 17.10.2008 г.; изм. и доп., бр. 96 от 07.11.2008 г.; изм. и доп., бр. 24 от 31.03.2009 г.; изм. и доп., бр. 7 от 26.01.2010 г., в сила от 26.01.2010 г.; изм. и доп., бр. 21 от 16.03.2010 г., в сила от 16.03.2010 г.; доп., бр. 63 от 13.08.2010 г., в сила от 13.08.2010 г.; изм. и доп., бр. 89 от 12.11.2010 г., в сила от 12.11.2010 г.; изм. и доп., бр. 100 от 21.12.2010 г., в сила от 01.01.2011 г.; изм., бр. 13 от 11.02.2011 г., в сила от 01.02.2011 г.

Издадена от министъра на здравеопазването

17. Наредба за изменение на Наредба № 38 от 2004 г. за определяне на списъка на заболяванията, за чието домашно лечение Националната здравноосигурителна каса заплаща лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели напълно или частично (обн., ДВ, бр. 106 от 2004 г.; изм., бр. 111 от 2004 г., бр. 6, 63 и 102 от 2005 г., бр. 60 от 2006 г. и бр. 100 от 2010 г.)

Обн. - ДВ, бр. 13 от 11.02.2011 г., в сила от 01.02.2011 г.

Издадена от министъра на здравеопазването

18. Постановление № 27 на МС от 03.02.2011 г. за изменение и допълнение на Правилника за устройството и дейността на болница „Лозенец“, приет с Постановление № 147 на Министерския съвет от 2000 г. (обн., ДВ, бр. 63 от 2000 г.; изм. и доп., бр. 74 и 108 от 2001 г., бр. 63 и 83 от 2005 г., бр. 17 от 2008 г., бр. 14 от 2009 г. и бр. 58 и 88 от 2010 г.)

Обн. - ДВ, бр. 13 от 11.02.2011 г., в сила от 11.02.2011 г.

19. Правилник за изменение и допълнение на Правилника за устройството и дейността на лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ по чл. 5, ал. 1 от Закона за лечебните заведения (ДВ, бр. 63 от 2000 г.)

Обн. - ДВ, бр. 13 от 11.02.2011 г.;

Издаден от министъра на здравеопазването

20. Правилник за изменение и допълнение на Правилника за устройството и дейността на центровете за трансфузионна хематология (обн., ДВ, бр. 89 от 2000 г.; изм., бр. 24 от 2007 г.)

Обн. - ДВ, бр. 13 от 11.02.2011 г.

Издаден от министъра на здравеопазването

21. Правилник за изменение и допълнение на Правилника за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ (обн., ДВ, бр. 98 от 1999 г.; изм., бр. 7 от 2007 г. и бр. 9 от 2009 г.)

Обн. - ДВ, бр. 13 от 11.02.2011 г.

Издаден от министъра на здравеопазването

22. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 3 от 2005 г. за условията и реда за извършване на дезинфекции, дезинсекции и дератизации (ДВ, бр. 12 от 2005 г.)

Обн. - ДВ, бр. 14 от 15.02.2011 г., в сила от 15.02.2011 г.

Издаден от министъра на здравеопазването

23. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2005 г. за условията и реда за създаване и поддържане на публичен регистър на обектите с обществено предназначение, контролирани от регионалните инспекции за опазване и контрол на общественото здраве (обн., ДВ, бр. 28 от 2005 г.; изм., бр. 50 от 2006 г. и бр. 61 от 2008 г.)

Обн. - ДВ, бр. 14 от 15.02.2011 г., в сила от 15.02.2011 г.;

Издадена от министъра на здравеопазването

24. Правилник за изменение и допълнение на Правилника за устройството и дейността на домовете за медико-социални грижи за деца (обн., ДВ, бр. 49 от 2000 г.; изм., бр. 93 от 2004 г. и бр. 62 от 2007 г.)

Обн. - ДВ, бр. 14 от 15.02.2011 г., в сила от 15.02.2011 г.

Издаден от министъра на здравеопазването

25. Наредба № 1 от 08.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно

Обн. - ДВ, бр. 15 от 18.02.2011 г.;

Издадена от министъра на здравеопазването

26. Постановление № 37 на МС от 14.02.2011 г. за приемане на Тарифа за таксите, които се събират по Закона за лечебните заведения

Обн. - ДВ, бр. 16 от 22.02.2011 г., в сила от 22.02.2011 г.;

27. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 7 от 2001 г. за условията и реда за издаване на разрешителни за внос и износ на наркотични вещества и техните препарати (обн., ДВ, бр. 11 от 2001 г.; изм., бр. 98 от 2005 г.)

Обн. - ДВ, бр. 17 от 25.02.2011 г.

Издадена от министъра на здравеопазването

28. Наредба за допълнение на Наредба № 34 от 2005 г. за реда за заплащане от републиканския бюджет на лечението на български граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване (обн., ДВ, бр. 95 от 2005 г.; изм. и доп., бр. 16, 48 и 95 от 2006 г., бр. 31, 69, 89, 90 и 96 от 2008 г., бр. 24 от 2009 г., бр. 7, 21, 63, 89 и 100 от 2010 г. и бр. 13 от 2011 г.)

Обн. - ДВ, бр. 18 от 01.03.2011 г., в сила от 28.02.2011 г.;

Издадена от министъра на здравеопазването

29. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2000 г. за условията и реда за провеждане на конкурси за възлагане на управлението на лечебни заведения по Закона за лечебните заведения (обн., ДВ, бр. 55 от 2000 г.; изм., бр. 15 от 2001 г., бр. 116 от 2002 г., бр. 91 от 2003 г., бр. 4 от 2006 г. и бр. 71 от 2010 г.)

Обн. - ДВ, бр. 18 от 01.03.2011 г.;

Издаден от министъра на здравеопазването

30. Постановление № 91 на МС от 07.04.2011 г. за изменение и допълнение на Правилника за организацията и дейността на Националния съвет по наркотичните вещества, приет с Постановление № 10 на Министерския съвет от 2001 г. (обн., ДВ, бр. 8 от 2001 г.; изм. и доп., бр. 86 от 2004 г., бр. 78 и 96 от 2005 г., бр. 49 от 2006 г., бр. 45 и 93 от 2009 г., бр. 5 от 2010 г. и бр. 7 от 2011 г.)

Обн. - ДВ, бр. 31 от 15.04.2011 г.

31. Правилник за изменение и допълнение на Устройствения правилник на регионалните здравни инспекции (ДВ, бр. 6 от 2011 г.)

Обн. - ДВ, бр. 31 от 15.04.2011 г., в сила от 01.03.2011 г.;

Издаден от министъра на здравеопазването

32. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2002 г. за изискванията към използването на екстракционни разтворители при производството на храни и хранителни съставки (ДВ, бр. 44 от 2002 г.)

Обн. - ДВ, бр. 32 от 19.04.2011 г., в сила от 15.09.2011 г.

Издадена от министъра на здравеопазването

33. Договор за изменение на Националния рамков договор за денталните дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския зъболекарски съюз за 2011 г. (ДВ, бр. 3 от 2011 г.)

Обн. - ДВ, бр. 35 от 03.05.2011 г.

Издаден от министъра на здравеопазването

34. Наредба № 2 от 21.04.2011 г. за здравните изисквания към гробищни паркове (гробища) и погребването и пренасянето на покойници

Обн. - ДВ, бр. 36 от 10.05.2011 г., в сила от 10.05.2011 г.

Издадена от министъра на здравеопазването

35. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 26 от 2008 г. за устройството и дейността на детските ясли и детските кухни и здравните изисквания към тях (обн., ДВ, бр. 103 от 2008 г.; изм., бр. 24 от 2009 г.)

Обн. - ДВ, бр. 36 от 10.05.2011 г., в сила от 10.05.2011 г.;

Издадена от министъра на здравеопазването

36. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 36 от 2009 г. за условията и реда за упражняване на държавен здравен контрол (ДВ, бр. 63 от 2009 г.)

Обн. - ДВ, бр. 38 от 17.05.2011 г., в сила от 17.05.2011 г.;

Издадена от министъра на здравеопазването

37. Постановление № 121 на МС от 09.05.2011 г. за закриване на Център "Фонд за трансплантация"

Обн. - ДВ, бр. 38 от 17.05.2011 г.

Министерският съвет

38. Постановление № 122 на МС от 09.05.2011 г. за изменение и допълнение на Наредбата за условията и реда за разрешаване на дейностите по чл. 73, ал. 1 от Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите, приета с Постановление № 216 на Министерския съвет от 2004 г. (обн., ДВ, бр. 76 от 2004 г.; изм. и доп., бр. 3 и 78 от 2005 г., бр. 60 от 2008 г. и бр. 5 от 2011 г.)

Обн. - ДВ, бр. 38 от 17.05.2011 г.

Министерският съвет

39. Постановление № 124 на МС от 10.05.2011 г. за изменение и допълнение на Тарифата за таксите, които се събират от органите на държавния здравен контрол по Закона за здравето, приета с Постановление № 242 на Министерския съвет от 2007 г. (обн., ДВ, бр. 83 от 2007 г.; изм. и доп., бр. 39 и 101 от 2010 г. и бр. 5 и 16 от 2011 г.)

Обн. - ДВ, бр. 38 от 17.05.2011 г.

40. Закон за изменение и допълнение на Закона за медицинските изделия (обн., ДВ, бр. 46 от 2007 г.; изм., бр. 110 от 2008 г., бр. 41 и 82 от 2009 г. и бр. 98 от 2010 г.)

Обн. - ДВ, бр. 39 от 20.05.2011 г., в сила от 01.01.2012 г.

41. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 8 от 2002 г. за изискванията към използване на добавки в храните (обн., ДВ, бр. 44 от 2002 г.; изм., бр. 3 от 2005 г., бр. 70 от 2007 г., бр. 45 от 2008 г. и бр. 46 от 2010 г.)

Обн. - ДВ, бр. 39 от 20.05.2011 г.;

Издадена от министъра на здравеопазването

42. Наредба № 3 от 11.05.2011 г. за изискванията за физическа годност към водачите на моторни превозни средства и условията и реда за извършване на медицинските прегледи за установяване на физическата годност за водачите от различните категории

Обн. - ДВ, бр. 39 от 20.05.2011 г.;

Издадена от министъра на здравеопазването

43. Наредба № 4 от 27.05.2011 г. за условията и реда за допускане и явяване на изпит по чл. 186, ал. 3, т. 3 от Закона за здравето на граждани на трети държави, придобили професионална квалификация по медицинска професия и/или специалност в областта на здравеопазването в трета държава

Обн. - ДВ, бр. 43 от 07.06.2011 г., в сила от 07.06.2011 г.;

Издадена от министъра на здравеопазването

44. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 2 от 2008 г. за материалите и предметите от пластмаси, предназначени за контакт с храни (обн., ДВ, бр. 13 от 2008 г.; изм., бр. 86 от 2008 г., бр. 62 от 2010 г.)

Обн. - ДВ, бр. 44 от 10.06.2011 г., в сила от 10.06.2011 г.;

Издадена от министъра на здравеопазването и министъра на околната среда и водите

45. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 47 от 2010 г. за организацията, дейността и условията и реда за финансиране на националните и републиканските консултанти (обн., ДВ, бр. 75 от 2010 г.; изм., бр. 3 от 2011 г.)

Обн. - ДВ, бр. 44 от 10.06.2011 г.;

Издадена от министъра на здравеопазването

46. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК (обн., ДВ, бр. 112 от 2004 г.; изм., бр. 61 и 102 от 2005 г., бр. 88 от 2006 г., бр. 2 и 60 от 2009 г., бр. 45, 62 и 101 от 2010 г.)

Обн. - ДВ, бр. 49 от 28.06.2011 г., в сила от 28.06.2011 г.;

Издадена от министъра на здравеопазването

47. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 1 от 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно (ДВ, бр. 15 от 2011 г.)

Обн. - ДВ, бр. 50 от 01.07.2011 г.;

Издадена от министъра на здравеопазването

48. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 21 от 2005 г. за реда за регистрация, съобщаване и отчет на заразните болести (ДВ, бр. 62 от 2005 г.)

Обн. - ДВ, бр. 52 от 08.07.2011 г.;

Издадена от министъра на здравеопазването

49. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Обн. - ДВ, бр. 52 от 08.07.2011 г.;

Издадена от министъра на здравеопазването

59. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 36 от 2005 г. за изискванията към козметичните продукти (обн., ДВ, бр. 101 от 2005 г.; изм. и доп., бр. 44 и 75 от 2006 г., бр. 39 и 106 от 2007 г., бр. 80 от 2008 г., бр. 35 от 2009 г., бр. 2 и 62 от 2010 г.)

Обн. - ДВ, бр. 53 от 12.07.2011 г.;

Издадена от министъра на здравеопазването

51. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 49 от 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи (обн., ДВ, бр. 83 от 2010 г.; изм., бр. 92 от 2010 г.)

Обн. - ДВ, бр. 53 от 12.07.2011 г., в сила от 13.08.2011 г.

Издадена от министъра на здравеопазването

52. Постановление № 191 на МС от 05.07.2011 г. за изменение и допълнение на Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, приета с Постановление № 119 на Министерския съвет от 2006 г. (обн., ДВ, бр. 45 от 2006 г.; изм. и доп., бр. 57 от 2007 г., бр. 1 от 2009 г. и бр. 5 от 2011 г.)

Обн. - ДВ, бр. 53 от 12.07.2011 г.

53. Правилник за изменение и допълнение на Правилника за дейността и организацията на работа на Център „Фонд за лечение на деца“ (ДВ, бр. 37 от 2010 г.)

Обн. - ДВ, бр. 53 от 12.07.2011 г.;

Издаден от министъра на здравеопазването

54. Наредба № 5 от 06.07.2011 г. за условията и реда за получаване на разрешение за съхранение и продажба на лекарствени продукти от лекари и лекари по дентална медицина и снабдяването им с лекарствени продукти

Обн. - ДВ, бр. 54 от 15.07.2011 г.;

Издадена от министъра на здравеопазването

55. Постановление № 195 на МС от 07.07.2011 г. за предоставяне на допълнителни средства по бюджета на Министерството на здравеопазването за нуждите на Център „Фонд за лечение на деца“

Обн. - ДВ, бр. 54 от 15.07.2011 г.

56. Наредба за изменение и допълнение на наредба № 18 от 2007 г. за условията и реда за разпределяне на храни от интервенционни запаси за социално слаби лица (дв, бр. 87 от 2007 г.)

Издадена от Министерството на труда и социалната политика, Министерството на здравеопазването и Министерството на земеделието и храните

Обн. ДВ, бр.57 от 26.07.2011г.

57. Наредба за изменение и допълнение на наредба № 28 от 2007 г. за дейности по асистирана репродукция (дв, бр. 55 от 2007 г.)

Издадена от министерството на здравеопазването

Обн. ДВ, бр.58 от 29 Юли 2011г.

58. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 34 от 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването (дв, бр. 7 от 2007 г.)

- В сила от 29.07.2011 г.
Издадена от Министерството на здравеопазването
2011г. Обн. ДВ. бр.58 от 29 Юли 2011г., попр. ДВ. бр.60 от 5 Август
59. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (дв, бр. 106 от 2004 г.)
В сила от 29.07.2011 г.
Издадена от Министерството на здравеопазването
Обн. ДВ. бр.58 от 29 Юли 2011г.
60. Правилник за изменение и допълнение на Правилника за организацията на работа и дейността на Център "Фонд за асистирана репродукция" (дв, бр. 21 от 2009 г.)
Издаден от Министерството на здравеопазването
Обн. ДВ. бр.58 от 29 Юли 2011г.
61. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 29 от 2007 г. за условията, реда и размера на финансиране на дейности на националната система за трансплантация от министерството на здравеопазването (дв, бр. 65 от 2007 г.)
В сила от 01.01.2012 г.
Издадена от Министерството на здравеопазването
Обн. ДВ. бр.59 от 2 Август 2011г.
62. Постановление № 222 от 27 юли 2011 г. за изменение и допълнение на Устройствения правилник на Министерството на здравеопазването, приет с постановление № 256 на министерския съвет от 2009 г. (дв, бр. 88 от 2009 г.)
Обн. ДВ. бр.59 от 2 Август 2011г.
Министерският съвет
63. Закон за изменение и допълнение на закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (дв, бр. 31 от 2007 г.)
В сила от 05.08.2011 г.
Обн. ДВ. бр.60 от 5 Август 2011г.
64. Закон за изменение и допълнение на закона за лекарствените продукти в хуманната медицина
Обн. ДВ. бр.60 от 5 Август 2011г.
65. Закон за изменение и допълнение на закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (дв, бр. 30 от 1999 г.)
В сила от 10.11.2011 г.
Обн. ДВ. бр.61 от 9 Август 2011г.
66. Правилник за устройството и дейността на националния център по обществено здраве и анализи
Издаден от Министерството на здравеопазването
Обн. ДВ. бр.61 от 9 Август 2011г
67. Закон за изменение и допълнение на закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите
Обн. ДВ. бр.61 от 9 Август 2011г.
68. Наредба за изменение на Наредба № 18 от 2004 г. за условията и реда за извършване на диагностика, преработка и съхранение на кръв и кръвни съставки и качеството на кръвта от внос (дв, бр. 58 от 2004 г.)
В сила от 01.07.2011 г.
Издадена от Министерството на здравеопазването
Обн. ДВ. бр.64 от 19 Август 2011г
69. Наредба № 6 от 10 август 2011 г. за здравословно хранене на децата на възраст от 3 до 7 години в детски заведения
В сила от 15.09.2011 г.

Издадена от Министерството на здравеопазването
Обн. ДВ. бр.65 от 23 Август 2011г.

70. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 10 от 2009 г. за условията и реда за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 4, т. 1 от закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели (дв, бр. 24 от 2009 г.)

Издадена от Министерство на здравеопазването
Обн. ДВ. бр.67 от 30 Август 2011г.

71. Постановление № 246 от 30 август 2011 г. за изменение на постановление № 280 на Министерския съвет от 2004 г. за създаване на Център "Фонд за лечение на деца" (дв, бр. 96 от 2004 г.)

В сила от 09.09.2011 г.

Обн. ДВ. бр.70 от 9 Септември 2011г.

Министерският съвет

72. Наредба № 7 от 7 септември 2011 г. за условията и реда за осъществяване на програми за намаляване на вредите от употребата на наркотични вещества

Издадена от Министерството на здравеопазването

Обн. ДВ. бр.75 от 27 Септември 2011г

73. Наредба № 8 от 7 септември 2011 г. за условията и реда за осъществяване на програми за психосоциална рехабилитация на лица, които са били зависими или са злоупотребявали с наркотични вещества

Издадена от Министерството на здравеопазването и Министерството на труда и социалната политика

Обн. ДВ. бр.75 от 27 Септември 2011г

74. Постановление № 274 от 30 септември 2011 г. за изменение и допълнение на постановление № 304 на Министерския съвет от 2010 г. за приемане на обемите, цените и методиките за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване (дв, бр. 101 от 2010 г.)

В сила от 01.10.2011 г.

Обн. ДВ. бр.78 от 7 Октомври 2011г.

75. Правилник за организацията и дейността на висшия медицински съвет

В сила от 07.10.2011 г.

Издаден от Министерството на здравеопазването

Обн. ДВ. бр.78 от 7 Октомври 2011г.

76. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 2 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "кардиология" (дв, бр. 11 от 2010 г.)

В сила от 01.11.2011 г.

Издадена от Министерството на здравеопазването

Обн. ДВ. бр.79 от 11 Октомври 2011г.

77. Постановление № 283 от 17 октомври 2011 г. за изменение и допълнение на Устройствения правилник на Изпълнителната агенция по лекарствата, приет с постановление № 169 на министерския съвет от 2009 г. (дв, бр. 52 от 2009 г.)

Обн. ДВ. бр.83 от 25 Октомври 2011г.

Министерският съвет

78. Наредба за реда за класифициране на растенията и веществата като наркотични

В сила от 10.11.2011 г.

Приета с ПМС № 293 от 27.10.2011 г.

Обн. ДВ. бр.87 от 4 Ноември 2011г.

79. Постановление № 293 от 27 октомври 2011 г. за приемане на наредба за реда за класифициране на растенията и веществата като наркотични

В сила от 10.11.2011 г.

Обн. ДВ. бр.87 от 4 Ноември 2011г.

Министерският съвет

80. Наредба № 2 от 26 октомври 2011 г. за условията и реда за извършване на съдебномедицинските, съдебнопсихиатричните и съдебнопсихологичните експертизи, включително и за заплащането на разходите на лечебните заведения

Издадена от Министерството на правосъдието, Министерството на вътрешните работи и Министерството на здравеопазването

Обн. ДВ. бр.91 от 18 Ноември 2011г.

81. Споразумение в областта на здравеопазването между правителството на Република България и правителството на Френската Република (Утвърдено с Решение № 661 от 1 септември 2011 г. на Министерския съвет. В сила от 1 ноември 2011 г.)

Издадено от Министерството на здравеопазването

Обн. ДВ. бр.92 от 22 Ноември 2011г.

82. Наредба за изменение на Наредба № 34 от 2005 г. за реда за заплащане от републиканския бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване (дв, бр. 95 от 2005 г.)

Издадена от Министерството на здравеопазването

Обн. ДВ. бр.94 от 29 Ноември 2011г.

83. Наредба № 9 от 17 ноември 2011 г. за реда за съобщаване, проучване и регистриране на взрив от хранително заболяване и реда за вземане на проби при провеждане на епидемиологичното проучване

Издадена от Министерството на здравеопазването

Обн. ДВ. бр.95 от 2 Декември 2011г

84. Наредба № 10 от 17 ноември 2011 г. за условията и реда за лечение с неразрешени за употреба в република България лекарствени продукти, както и за условията и реда за включване, промени, изключване и доставка на лекарствени продукти от списъка по чл. 266а, ал. 2 от закона за лекарствените продукти в хуманната медицина

Издадена от Министерството на здравеопазването

Обн. ДВ. бр.95 от 2 Декември 2011г.

85. Наредба № 11 от 17 ноември 2011 г. за реда за предоставяне на яйцеклетки, сперматозоиди и оплодени яйцеклетки, които не са използвани за създаване на потомство, на научни, учебни и лечебни заведения в страната и в чужбина за медицински, научни и лечебни цели

Издадена от Министерството на здравеопазването

Обн. ДВ. бр.95 от 2 Декември 2011г.

86. Наредба за изменение и допълнение на наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на нзок (дв, бр. 112 от 2004 г.)

В сила от 01.01.2012 г.

Издадена от Министерството на здравеопазването

Обн. ДВ. бр.97 от 9 Декември 2011г.

87. Наредба за изменение и допълнение на наредба № 15 от 2005 г. за установяване на владенето на български език и професионалната терминология на български език от чужденците за упражняване на медицинска професия в република България (дв, бр. 104 от 2005 г.)

Издадена от Министерството на образованието, младежта и науката и Министерството на здравеопазването
Обн. ДВ. бр.98 от 13 Декември 2011г.

88. Постановление № 336 от 8 декември 2011 г. за изменение и допълнение на Устройствения правилник на Министерството на здравеопазването, приет с постановление № 256 на министерския съвет от 2009 г. (дв, бр. 88 от 2009 г.)

Обн. ДВ. бр.99 от 16 Декември 2011г.

89. Постановление № 339 от 9 декември 2011 г. за одобряване на Тарифа за таксите, които се събират по Закона за медицинските изделия

В сила от 16.12.2011 г.

Обн. ДВ. бр.99 от 16 Декември 2011г.

90. Тарифа за таксите, които се събират по Закона за медицинските изделия

В сила от 16.12.2011 г.

Приета с ПМС № 339 от 09.12.2011 г.

Обн. ДВ. бр.99 от 16 Декември 2011г.

91. Наредба за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, условията, правилата и критериите за включване, промени и/или изключване на лекарствени продукти от позитивния лекарствен списък и условията и реда за работа на комисията по цени и реимбурсиране

В сила от 20.12.2011 г.

Приета с ПМС № 340 от 14.12.2011 г.

Обн. ДВ. бр.100 от 20 Декември 2011г.

92. Постановление № 340 от 14 декември 2011 г. за приемане на Наредба за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, условията, правилата и критериите за включване, промени и/или изключване на лекарствени продукти от позитивния лекарствен списък и условията и реда за работа на комисията по цени и реимбурсиране

В сила от 20.12.2011 г.

Обн. ДВ. бр.100 от 20 Декември 2011г.

93. Закон за ратифициране на договора за лиценз между Австралийския съюз, представляван от Департамента по здравеопазване и застаряване, и Република България, представлявана от Министерството на здравеопазването, относно определени права на използване на класификационната система ar-drg

Обн. ДВ. бр.102 от 22 Декември 2011г.

94. Закон за ратифициране на договора за лиценз между Австралийския съюз, представляван от Департамента по здравеопазване и застаряване, и Република България, представлявана от Министерството на здравеопазването, относно определени права на използване на класификационната система ar-drg

Обн. ДВ. бр.102 от 22 Декември 2011г.

95. Наредба за допълнение на Наредба № 32 от 2008 г. за утвърждаване на медицински стандарт "акушерство и гинекология" (ДВ, бр. 6 от 2009 г.)

В сила от 01.01.2012 г.

Издадена от Министерството на здравеопазването

Обн. ДВ. бр.103 от 23 Декември 2011г.

96. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 19 от 2008 г. за устройството и дейността на оптиките, здравните изисквания към тях и реда за водене на регистър на оптиките (дв, бр. 79 от 2008 г.)

Издадена от Министерството на здравеопазването

Обн. ДВ. бр.103 от 23 Декември 2011г

97. Наредба за условията и реда за съставяне на списък на медицинските изделия по чл. 30а от Закона за медицинските изделия и за определяне на стойността, до която те се заплащат

В сила от 01.01.2012 г.

Приета с ПМС № 364 от 23.12.2011 г.

Обн. ДВ. бр.104 от 27 Декември 2011г.

98. Постановление № 364 от 23 декември 2011 г. за приемане на Наредба за условията и реда за съставяне на списък на медицинските изделия по чл. 30а от Закона за медицинските изделия и за определяне на стойността, до която те се заплащат

Обн. ДВ. бр.104 от 27 Декември 2011г.

99. Методика за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ

В сила от 01.01.2012 г.

Приложение № 2Б към чл. 2 към ПМС № 366 от 27.12.2011 г.

Обн. ДВ. бр.105 от 29 Декември 2011г.

100. Методика за заплащане на дейностите в извънболничната дентална помощ

В сила от 01.01.2012 г.

Приложение № 3Б към чл. 3 към ПМС № 366 от 27.12.2011 г.

ОБН. ДВ. бр.105 от 29 декември 2011г.

101. Методика за заплащане на дейностите в извънболничната медицинска помощ

В сила от 01.01.2012 г.

Приложение № 1Б към чл. 1 към ПМС № 366 от 27.12.2011 г.

Обн. ДВ. бр.105 от 29 Декември 2011г.

102. Методика за остойностяване на дейностите в болничната медицинска помощ

В сила от 01.01.2012 г.

Приложение № 2А към чл. 2 към ПМС № 366 от 27.12.2011 г.

Обн. ДВ. бр.105 от 29 Декември 2011г.

103. Методика за остойностяване на дейностите в извънболничната дентална помощ

в сила от 01.01.2012 г.

Приложение № 3А към чл. 3 към ПМС № 366 от 27.12.2011 г.

Обн. ДВ. бр.105 от 29 Декември 2011г.

104. Методика за остойностяване на дейностите в извънболничната медицинска помощ

В сила от 01.01.2012 г.

Приложение № 1А към чл. 1 към ПМС № 366 от 27.12.2011 г.

Обн. ДВ. бр.105 от 29 Декември 2011г

105. Постановление № 366 от 27 декември 2011 г. за приемане на методики за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от закона за здравното осигуряване

8.4. Оценка на изпълнението на Плана за действие на Националната здравна стратегия

№	Дейност	Обща оценка 5,67
Стратегическа цел 1:		
ОСИГУРЯВАНЕ УСЛОВИЯ ЗА ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ		5,88
1. Внедряване на подхода "Здраве във всички политики"		5,11
1.1.	Законодателни промени за мандата и отговорностите на различните сектори по отношение здравето на нацията	6,80
1.2.	Създаване на база знания за здравето на населението и неговите детерминанти	4,40
1.3.	Разработване и прилагане на инструментариум за оценка на въздействието на отделните детерминанти върху здравето	4,13
2. Повишаване информираността на гражданите за здравословния начин на живот и за заплахите за тяхното здраве		5,79
2.1.	Разширяване на възможностите за обхващане на децата и младите хора във форми за съвременно здравно образование, с цел изграждане на знания, умения и нагласи, необходими през целия живот	5,29
2.2.	Провеждане на информационни кампании, свързани с определени рискови за здравето фактори сред различни целеви групи и кампании за промоция на доброволното и безвъзмездно кръводаряване	5,92
2.3.	Повишаване информираността на хората за потенциалните опасности за тяхното здраве, начините за опазването му, правата и задълженията им като участници в здравната система и възможностите им за достъп до нея	6,17
3. Оптимизиране дейностите по опазване на общественото здраве		5,88
3.1. Ограничаване влиянието на рисковите фактори, свързани с околната среда и поведението на населението		5,91
3.1.1.	Анализ и оценка на замърсяването на околната среда и определяне на районите с повишен здравен риск	6,42
3.1.2.	Проучвания за оценка на здравния риск, предизвикан от замърсители в атмосферата, водите и почвите и др.	5,17
3.1.3.	Изпълнение на Национален план за действие по околна среда и здраве	5,84
3.1.4.	Изпълнение на Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето	6,67
3.1.5.	Разработване на Национална програма за ограничаване злоупотребата с алкохол и нейното изпълнение	5,78
3.1.6.	Изпълнение на Национална стратегия за борба с наркотиците (2003-2008) и изготвяне и изпълнение на нова стратегия (2009-2012) и план за действие към нея	5,87
3.1.7.	Изпълнение на Национален план за действие "Храни и хранене"	5,67
3.2. Подкрепа за добро психично здраве		5,54
3.2.1.	Изпълнение на националната политика за психично здраве	5,57

3.2.2.	Изпълнение на проектите по линия на Съвета за регионално сътрудничество	5,83
3.2.3.	Изграждане на регионален (областен/общински) информационен център по въпросите на психичното здраве	5,25
3.2.4.	Изграждане на дневни центрове за психосоциална рехабилитация	5,50
3.3.	Предотвратяване на възможните рискове за здравето на нацията	6,52
3.3.1.	Усъвършенстване на системата за граничен здравен контрол в съответствие с Международни здравни правила (МЗП)	6,50
3.3.2.	Усъвършенстване на системата за контрол на вътреболничните инфекции (ВБИ) в лечебните заведения	5,70
3.3.3.	Включване на страната в информационни системи на ЕС в областта на надзора на заразните болести и за ранно предупреждение и отговор	6,60
3.3.4.	Разработване и изпълнение на национални програми за надзор на приоритетни заразни заболявания - птичи и пандемичен грип, кърлежовопреносими инфекции, полиомиелит, морбили, вирусни хепатити	6,10
3.3.5.	Изграждане на управленски, административен и изпълнителски капацитет за превенция на ХИВ в здравния и социалния сектор и координация на националния отговор по проблемите на ХИВ/СПИН	6,44
3.3.6.	Подобряване на националната система за епидемиологичен надзор на ХИВ/СПИН и ППИ, изпълнение на ефективна политика на тестване за ХИВ/ППИ и промоция на доброволното консултиране и изследване за ХИВ	6,75
3.3.7.	Промоция на здраве и превенция на ХИВ и ППИ сред младите хора във и извън училищата и сред най-уязвимите групи (интравенозни наркомани; проституиращи жени и мъже; ромска общност; лица, лишени от свобода; мъже, които правят секс с мъже)	6,50
3.3.8.	Осигуряване на съвременна диагностика, антиретровирусна (АРВ) терапия, мониторинг на терапията, лечение за опортюнистични инфекции за хората, живеещи с ХИВ/СПИН	6,75
3.3.9.	Изграждане на управленски, административен и изпълнителски капацитет и осигуряване на мултисекторен подход за превенция и контрол на туберкулозата	6,63
3.3.10.	Изграждане на Национална система за епидемиологичен надзор на туберкулозата и мониторинг на националния отговор по проблема и осигуряване на качествена диагностика на туберкулозата, включително с мултилекарствена резистентност	7,00
3.3.11.	Осигуряване на стандартизирано и качествено директно наблюдавано лечение (по стратегията DOTS и DOTS-Plus), специфична имунопрофилактика и терапия при случаите на ко-инфекция с ХИВ и туберкулоза	6,71
3.4.	За по-добър и ефективен държавен здравен контрол	5,56
3.4.1.	Подобряване ефективността на качеството на държавния	5,45

	здравен контрол	
3.4.2.	Оборудване на лабораториите на РИОКОЗ, НЦООЗ и НЦРРЗ за изпитване на води, химични вещества и препарати	4,22
3.4.3.	Повишаване квалификацията на кадрите, упражняващи държавен здравен контрол на необходимото съвременно ниво	4,75
3.4.4.	Актуализиране на националните системи за мониторинг на води, атмосферен въздух и шум и привеждане в съответствие с изискванията на ЕС	6,73
3.4.5.	Изграждане на система за мониторинг на електромагнитните полета и осъвременяване на системата за радиологичен биомониторинг	4,56
3.4.6.	Изпълнение на Националната стратегия за безопасност на храните	6,55
3.4.7.	Въвеждане на информационна система за управление на държавния здравен контрол на централно и регионално ниво	5,33
3.4.8.	Провеждане на съвместен контрол с външни институции	6,90
	4. Разработване и изпълнение на програми по социално-значими заболявания и здравни проблеми, представляващи национални приоритети	5,96
4.1.	Национална програма за развитие на инвазивната кардиология в РБългария (2002-2008 г.)	6,43
4.2.	Национална програма за развитие на лечебна система от метадонови поддържащи програми в РБългария 2006-2008 г."	5,83
4.3.	Програма за профилактика на хроничните неинфекциозни заболявания - СИНДИ - България	5,30
4.4.	Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето в Република България 2007-2010г.	7,36
4.5.	Национална програма за действие по околна среда-здраве 2002-2010 г.	5,69
4.6.	Стратегия по безопасност на храните - безсрочна	5,83
4.7.	Национална програма за профилактика и борба с кърлежопреносимите трансмисивни инфекции в РБългария 2008-2009 г.	6,43
4.8.	Национална програма за елиминация на морбили и вродена рубеола 2005-2010 г.	6,75
4.9.	Национална програма за контрол на ехинококозата при хората и животните 2004-2008 г.	6,43
4.10.	Национална програма за действие "Храни и хранене" 2005-2010 г.	7,14
4.11.	План за действие за изпълнение на Националната стратегия за борба срещу наркотиците (2006-2008 г.)	5,95
4.12.	Национална програма на РБългария за готовност за грипна пандемия - безсрочна	6,66
4.13.	Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства и Плана за действие	5,95
4.14.	Национална програма за ограничаване на остеопорозата в РБългария 2006-2010 г.	6,00

4.15.	Национална програма за неонатален слухов скрининг 2006-2010 г.	5,50
4.16.	Национална стратегия за опазване живота и здравето на децата в пътното движение за периода 2006-2010 г.	6,86
4.17.	Национална програма за развитие на трансплантацията на стволови клетки 2007-2014 г.	6,73
4.18.	Национална програма за укрепване капацитета на Република България за опазването от внос на заразни болести и реагиране при събития, представляващи заплаха за общественото здраве 2008-2010 г.	5,00
4.19.	Национален интегриран план за прилагане Конвенцията на ООН за правата на детето за 2008-2009 г.	6,20
4.20.	Проект на Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца 0-18 г. в България	3,95
4.21.	Проект на Национална програма за надзор и контрол на чревните паразитози в социалните заведения за деца и възрастни 2009-2011 г.	7,50
4.22.	Проект на Национална програма за превенция и контрол на нозокомиалните инфекции и ограничаване разпространението на антимикробната резистентност 2009-2011 г.	7,00
4.23.	Проект на Национална програма за имунопрофилактика	5,29
4.24.	Проект на Национална програма по политика за дългосрочни здравни грижи	4,67
4.25.	Национална програма за редките и генетични заболявания - проект 2008-2011	4,44
4.26.	Проект на Национална програма за интегриран контрол на онкологичните заболявания	4,50
4.27.	Проект на Национална програма за профилактика и контрол на СПИН и полово предавани болести (ППБ)	6,69
4.28.	Проект на Национална програма за намаляване вредите от злоупотребата с алкохол 2008-2012 г.	7,11
4.29.	Проект на Национална програма за повишаване двигателната активност на населението 2008-2010 г.	3,75
4.30.	Проект на Национална програма "Здравни услуги, подходящи за младите хора" 2008-2010 г.	6,50
4.31.	Проект на Национална програма за подобряване на сексуалното и репродуктивно здраве 2008-2010 г.	6,20
4.32.	Проект на Национална стратегия за профилактика на хроничните неинфекциозни заболявания 2008-2010 г.	5,71
4.33.	Проект на Национална програма за превенция на суицидния риск и на суицидно поведение в РБългария 2007- 2012 г.	5,17
4.34.	Проект на Национална програма "Медицински стандарти в Р България"	7,38
4.35.	Проект на Национална програма за борба със захарния диабет 2008-2011 г.	4,60
5. Подобряване дейността на здравните кабинети в детските градини и училищата		7,50
5.1.	Разработване на стандарти за здравните кабинети в	7,50

	образователните институции	
6. Подобряване на условията в домовете за медико-социални грижи за деца		5,93
6.1.	Подобряване на сградния фонд на ДМСГД	5,43
6.2.	Деинституционализиране и развитие на алтернативен тип грижи	6,43
7. Развиване на балнеологията и здравния туризъм		5,00
7.1.	Анализ за състоянието на заведенията за рехабилитация и възможностите за здравен туризъм	5,33
7.2.	Подобряване инфраструктурата на заведенията за рехабилитация и здравен туризъм	5,00
7.3.	Изготвяне на комплекс от мерки за ефективно използване на легловата база	4,83
7.4.	Разработване на система за привличане на инвестиции	4,83
Стратегическа цел 2:		
ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ГАРАНТИРАНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ С ПОВИШЕНО КАЧЕСТВО И ОСИГУРЕН ДОСТЪП ДО ТЯХ		5,79
1. Повишаване на качеството и ефективността на здравните услуги		5,96
1.1.	Изпълнение на задачите от Национална програма "Медицински стандарти" и контрол по тяхното изпълнение. Въвеждане на правила за добра медицинска практика и правила за клиничен мениджмънт	6,88
1.2.	Въвеждане на системи за управление на качеството. Прилагане на Европейския опит	5,88
1.3.	Изграждане на система за безопасност на пациентите, съгласно европейските изисквания	5,17
1.4.	Изграждане на система за клиничен одит и мониторинг	6,00
1.5.	Разработване на единни критерии за оценка ефективността и ефикасността на оказваната медицинска дейност	6,50
1.6.	Въвеждане на инструменти, гарантиращи добрата здравна грижа - сестринско досие, сестринска диагноза, протокол за здравни грижи, стандарти	5,33
2. Усъвършенстване на системата за акредитация на лечебните заведения		6,56
2.1.	Анализ на действащата система за акредитация	7,83
2.2.	Създаване на система за оценка на резултатите от акредитацията, с цел тяхното практическо използване и обвързването им с финансирането на лечебните заведения	6,83
2.3.	Осъществяване на законодателни промени, с цел извършване на акредитацията от независима организация извън администрацията на Министерство на здравеопазването	5,00
3. Подобряване достъпа до гарантирани здравни услуги		5,58
3.1.	Стандартизиране и подобряване на заплащането на общопрактикващите лекари (ОПЛ), работещи в отдалечени и труднодостъпни райони на страната. Въвеждане на финансови стимули за работещи в групови практики ОПЛ	5,78
3.2.	Извършване анализ и изготвяне на препоръки, с цел реструктуриране и оптимизиране на регионалната	5,43

	инфраструктура на лечебните заведения на базата на единни критерии	
3.3.	Въвеждане на мобилни форми на медицинска помощ за населението от отдалечените и труднодостъпни райони	5,29
3.4.	Подобряване достъпа до здравни услуги на лицата с увреждания, чрез оптимизиране на инфраструктурата в лечебните заведения, така че тя да съответства на техните възможности	6,14
3.5.	Осигуряване на достатъчен брой специализирани транспортни средства за оказване на медицинска помощ в труднодостъпните райони	5,57
3.6.	Развитие на специализирани здравни услуги за децата в риск и на заместващи грижи за облекчаване на родителите, създаване на дневни центрове за тази цел и др.	5,29
4. Развитие на изследователския капацитет и медицинската наука и осигуряване прилагането на научните разработки в практиката на медицинските специалисти		5,06
4.1.	Разширяване приложението на фундаменталните медицински науки в клиничната практика	4,57
4.2.	Създаване условия за по-добро взаимодействие между науката и практиката	4,60
4.3.	Установяване на удовлетвореността на потребностите и ефективността на психиатричната здравна помощ	6,00
Стратегическа цел 3:		
ПОДОБРЯВАНЕ НА ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ		5,83
1. Решаване на проблемите с медицинската помощ при спешни и неотложни състояния		6,10
1.1.	Идентифициране на районите с проблем в областта на спешната помощ за оптимизиране на взаимодействието между практиките за първична медицинска помощ и звената за спешна медицинска помощ	6,71
1.2.	Изграждане на единен координационен механизъм между центровете за спешна медицинска помощ и структурите на МВР, Министерството на извънредните ситуации, Държавна агенция "Гражданска защита", местните власти, НМКЦ и тел. 112	6,71
1.3.	Създаване на регламент на дейностите, които покриват спешната и неотложната помощ	5,40
1.4.	Преструктуриране и оптимизиране на системата за спешна медицинска помощ	6,00
1.5.	Ежегодно извършване на анализ и оценка на съществуващата структура на спешната помощ и потребностите на населението от спешна помощ на регионално и национално ниво	6,57
1.6.	Ресурсно осигуряване на спешната медицинска помощ (материално-техническа база и апаратура, финансови ресурси и човешки ресурси)	5,14
1.7.	Усъвършенстване на нормативната база, касаеща правата на	6,43

	пациентите	
1.8.	Усъвършенстване на нормативната база, касаеща медицинска експертиза на работоспособността	5,80
2. Оптимизиране дейностите на първичната и специализираната медицинска помощ		5,06
2.1.	Въвеждане на регламент за горна граница на пациентите, обслужвани от един общопрактикуващ лекар; критерии и изисквания за осъществяването на прегледите на база на медицинските стандарти	4,86
2.2.	Създаване на законов регламент и разкриване на здравни структури от акушерки, медицински сестри и/или рехабилитатор (социален работник) за промотивни и клинични здравни грижи на населението	4,80
2.3.	Въвеждане на инструментариум за отчитане и оценка на резултатите и на ясни критерии за мониторинг и контрол	4,29
2.4.	Повишаване качеството на следдипломната квалификация и продължаващото обучение на работещите в системата на извънболничната помощ	6,29
3. Усъвършенстване нормативната уредба на заплащане		5,63
3.1.	Обвързване на заплащането на ОПЛ и специалистите с дейностите за: идентифициране на рисковите групи пациенти и профилактика на всички категории пациенти; диспансерно наблюдение; поддържане на здравно досие на пациента	6,00
3.2.	Подобряване на механизмите и критериите за мониторинг и контрол на дейността на работещите в извънболничната помощ	5,25
4. Подобряване денталното здраве на населението чрез усъвършенстване на механизмите за предоставяне на дентална помощ		5,67
4.1.	Анализ на ефективността на дейностите и механизмите на заплащане в обхвата на задължителното здравно осигуряване	5,67
4.2.	Приемане и изпълнение на Национална програма за промоция и профилактика на денталните болести при децата	6,17
4.3.	Оптимизиране на програмите за обучение на лекари по дентална медицина	5,17
5. Подобряване на репродуктивното здраве		6,28
5.1.	Развитие на политика за безплодие - гарантиране на достъп и пакет за двойките с безплодие до качествена и навременна медицинска помощ	7,43
5.2.	Разработване и въвеждане на задължителен скрининг за рак на гърдата и рак на шийката на матката	6,13
5.3.	Разширяване на образователните дейности за семейно планиране сред подрастващите	5,29
6. Подобряване грижите за бременните жени.		6,44
Подобряване на майчиното здраве		
6.1.	Усъвършенстване на механизми за контрол на медицинската дейност за бременните жени	6,63
6.2.	Осигуряване на пренатална диагностика чрез въвеждане на задължителен пакет генетични изследвания за всички	6,25

	бременни жени	
7. Подобряване здравето на децата		5,67
7.1.	Улесняване на достъпа до специалист за децата	7,00
7.2.	Осъществяване на качествена и достатъчна рехабилитация на деца с увреждания и социално-значими заболявания	5,00
7.3.	Въвеждане на специфични мерки за добро здраве на определени групи от детското население - такива с етнокултурни особености, със затруднения в ползването на достъпа до здравни услуги	5,00
Стратегическа цел 4: ПРЕСТРУКТУРИРАНЕ И ЕФЕКТИВНО УПРАВЛЕНИЕ НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ		5,54
1. Подобряване на взаимодействието между извънболничното и болничното обслужване		5,29
1.1.	Анализ и оценка на предоставяните здравни услуги и пренасочване на част от тях от болничната към извънболничната система	5,29
1.2.	Разработване и внедряване на клинични пътеки за еднократно хирургия, долекуване, продължително лечение и рехабилитация	5,14
1.3.	Разработване и въвеждане на регламент за лечение на пациенти в лечебни заведения за болнична помощ (ЛЗБП) с остри и неотложни състояния, без да се налага хоспитализация	6,00
1.4.	Оптимизиране процеса на лечение на пациентите преди и след болничното лечение и ясно регламентиране на функциите и отговорностите на отделните участници в този процес	4,71
2. Подобряване на болничния мениджмънт		5,80
2.1.	Системно разработване на програми за обучение на управленския персонал в умения за добър мениджмънт	5,75
2.2.	Периодично обучение на управленски персонал за системи на добри практики в държави от Европейския съюз, с оглед внедряването им у нас	5,25
2.3.	Въвеждане на индикатори за оценка на болничната дейност	6,00
2.4.	Внедряване на мениджърски договори, обвързващи възнагражденията с финансовите резултати на лечебните заведения	6,50
2.5.	Развитие на системата за управление, индикаторите за мониторинг и контрол ефективността на управлението в лечебните заведения	5,50
3. Реструктуриране на болничния сектор		4,92
3.1.	Осъществяване на законодателни промени за промяна на Националната здравна карта със задължителен характер за постигане реструктуриране на здравната мрежа съобразно потребностите на населението от болнична медицинска помощ, с оглед целесъобразно разходване на обществения ресурс и съобразено с осреднени европейски показатели	5,50
3.2.	Разширяване на системата от лечебни заведения за	4,50

	долекуване, продължително лечение и рехабилитация	
3.3.	Финализиране на Генералния (мастер) план за реструктуриране на болниците	4,17
3.4.	Въвеждане на публично-частни партньорства	5,50
4. Усъвършенстване на механизмите за финансиране на болничната помощ		6,17
4.1.	Обвързване на договарянето и механизмите на заплащане с резултатите от дейността и акредитацията	7,50
4.2.	Оптимизиране на разходите за лекарства и консумативи в болниците чрез въвеждане на строг контрол върху разхода на лекарствените продукти и консумативи	5,83
4.3.	Разширяване на приходоизточниците на лечебни заведения за болнична помощ, чрез допълнително финансиране от дружествата за доброволно здравно осигуряване, различни програми, дарения и др.	5,17
Стратегическа цел 5:		
ОСИГУРЯВАНЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ И МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ, СЪОТВЕТСТВАЩИ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ И ИКОНОМИЧЕСКИТЕ ВЪЗМОЖНОСТИ НА НАСЕЛЕНИЕТО		5,86
1. Осигуряване на лекарствени продукти и медицински изделия		5,98
1.1.	Актуализиране на нормативната база в областта на лекарствените продукти и медицинските изделия, в съответствие с правото на ЕС	6,29
1.2.	Осигуряване на непрекъснат контрол и мониторинг на качеството, безопасността и ефикасността на разрешените за употреба лекарства в страната	6,71
1.3.	Текущо актуализиране на нормите и стандартите за производство, разрешаване за употреба, разпространение, предписване и отпускане на лекарствени продукти и медицински изделия	5,71
1.4.	Създаване на национална система за мониторинг на лекарствената използваемост и създаване на система за рационална лекарствена употреба	5,83
1.5.	Създаване на национална система за мониторинг на употребата на антибиотици, в съответствие с Европейската практика и стандарти	5,33
2. Въвеждане на система за реимбурсиране на лекарствените продукти и медицинските изделия, осигуряваща подобрен достъп до тях		5,71
2.1.	Въвеждане на единен позитивно-реимбурсен списък	6,00
2.2.	Дефиниране ролята и механизмите на взаимодействие между институциите, имащи отношение към лекарствената политика	6,00
2.3.	Въвеждане система за генерична субституция на национално ниво и осигуряване на баланс между генерични и иновативни лекарствени продукти, в съответствие с Европейската практика	6,14
2.4.	Анализ и усъвършенстване на методиката за регулиране на	5,86

	пределни цени на лекарствените продукти, отпускани по лекарско предписание	
2.5.	Подготовка на специалисти в областта на националната лекарствената политика	4,57
3. Въвеждане на съвременни системи за лекарствена информация и контрол при предписването и отпускането на лекарствени продукти и медицински изделия		4,62
3.1.	Въвеждане на интегрирана система за контрол на информацията за предписваните лекарства от изпълнителите на медицинска помощ	3,86
3.2.	Развитие на публични регистри, касаещи лекарствената информация	5,14
3.3.	Създаване на съвременни механизми за измерване на количествени и качествени показатели на лекарствената използваемост на институционално, регионално и национално ниво	4,86
4. Повишаване знанията на здравните професионалисти за рационалната лекарствена употреба		7,33
4.1.	Създаване и актуализиране на консенсусни фармако-терапевтични ръководства, схеми за лечение и алгоритми за лекарствена терапия	6,67
4.2.	Въвеждане на контрол за спазване на критериите за рационална лекарствена употреба	8,00
5. Независима лекарствена информация		5,67
5.1.	Подобряване на механизмите за предоставяне на обективна и независима информация на пациентите за лекарствените продукти	5,00
5.2.	Подобряване на контрола по разпределението и отпускането на лекарствата и усъвършенстване на системата за отчитане	5,71
5.3.	Включване на неправителствените и пациентските организации при формирането и осъществяването на националната лекарствена политика	6,29
Стратегическа цел 6:		
РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО		6,28
1. Планиране, подбор и квалификация на човешките ресурси		7,04
1.1.	Създаване на регистър на всички специалисти в системата на здравеопазването и анализ по категории, специалности и възрастови групи	5,60
1.2.	Разработване на ежегодни планове за приема, обучението и следдипломната квалификация по категории и специалности, съобразно потребностите	8,29
1.3.	Усъвършенстване на нормативната уредба, регулираща медицинските специалности и синхронизирането ѝ с изискванията на ЕС	9,33
1.4.	Участие в програми за партньорство в областта на медицинското образование в Европейския съюз	4,17
1.5.	Разработване на критерии за определяне на базите за обучение	9,17
1.6.	Създаване на стандарти за административна структура и	5,67

	квалификация на административния персонал на болниците	
2. Повишаване на професионалната квалификация и продължаващо обучение		5,53
2.1.	Подобряване качеството на обучение на управленските кадри на всички нива	5,17
2.2.	Актуализиране на учебните програми	7,00
2.3.	Усъвършенстване на регламента за провеждането на специализациите и продължаващото медицинско обучение	4,63
2.4.	Разработване на системи за подпомагане решенията на медицинските специалисти и обмен на клинична информация между тях и страните-членки на Европейския съюз	6,00
2.5.	Подобряване координацията между отделните институции, ангажирани в процеса на формиране и осъществяване на здравната политика	4,86
Стратегическа цел 7:		
СЪЗДАВАНЕ НА ИНТЕГРИРАНА СИСТЕМА ЗА ЕЛЕКТРОНЕН ОБМЕН НА ДАННИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО		5,01
1. Стандартизация и информационна сигурност		5,69
1.1.	Въвеждане на национални информационни стандарти за системите в здравеопазването	4,57
1.2.	Разработване и въвеждане на национални здравни информационни мрежи	5,17
1.3.	Разработване и въвеждане на изисквания за съвместимост на информационните системи в здравеопазването	5,83
1.4.	Осигуряване на сигурност за информационните системи в здравеопазването и за защита на личните данни	5,40
1.5.	Достъп до персонални електронни здравни записи само чрез електронни смарт-карти, криптирани форми за обмен на данните	7,50
2. Изграждане на интегрирана система за обмен на информация между заетите в сферата на здравеопазването (здравни, лечебни, учебни, научни, финансови и административни звена)		4,77
2.1.	Внедряване на електронни здравни карти	7,50
2.2.	Внедряване на софтуерни приложения за комплексно обработване на информацията в реално време, в това число: електронни направления, електронни рецепти, лабораторни данни и други изследвания	4,80
2.3.	Изграждане на комплексни и интегрирани помежду си, както и с външни приложения болнични информационни системи	3,67
2.4.	Създаване на пълно електронно-медицинско пациентско досие	4,00
2.5.	Изграждане на необходимата инфраструктура за нормално функциониране на системата на здравеопазването - мрежи, свързващи устройства и др.	4,25
2.6.	Изграждане на подходяща база за развиване на телемедицински проекти	4,40
3. Информираност и обучение чрез предоставяне на уеб-базирани услуги в реално време		4,97

3.1.	Информация за възможността за превенция на различни заболявания, различни начини на лечение, правата и задълженията на здравноосигурените лица, взаимоотношенията между тях и изпълнителите на медицински дейности, начините и нивото на реимбурсация на лекарствените средства	5,00
3.2.	Предоставяне на публични регистри за лечебни заведения, изпълнители на медицински дейности, здравноосигурителни фондове, аптеки и др.	5,57
3.3.	Внедряване на електронни системи за поддържане на квалификацията и продължаващо обучение за здравните специалисти	5,17
3.4.	Разработване на системи за подпомагане на решенията на здравните специалисти и обмен на клинична информация	4,14
4. Прилагане на добри практики и оперативна съвместимост		4,61
4.1.	Въвеждане на добри практики на електронното здравеопазване и реализацията им, с цел да се избегнат неефективни стъпки	3,83
4.2.	Оперативна съвместимост на електронната здравна мрежа в съответствие с принципите, нормите и добрите практики на ЕС	4,20
4.3.	Изпълнение на конкретни задачи за горните мерки:	5,64
	* осигуряване на заетите в здравеопазването с компютри и свързването им в съответните здравни мрежи и/или към интернет;	4,67
	* актуализиране на учебните програми с обучение по ИКТ на медиците, стоматолозите, фармацевтите, здравните мениджъри и останалите здравни специалисти;	6,25
	* създаване и внедряване на специфични за здравеопазването софтуерни продукти, които да бъдат съобразени с интернационалните стандарти за обмен и защита на медицинските данни	6,00
4.4.	Създаване на специализирано звено към МЗ за оценка и сертифициране на софтуерните продукти, предназначени за здравеопазването по отношение на сигурност на информацията, спазване на стандартите за медицинска информация и електронния обмен на медицинска информация	5,25
4.5.	Подобряване на административния капацитет в системата на здравеопазването с помощта на съвременни информационни технологии	4,14
Стратегическа цел 8:		
ОСИГУРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВА УСТОЙЧИВОСТ НА НАЦИОНАЛНАТА СИСТЕМА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ		5,02
1. Политика на финансиране на здравната система		5,03
1.1.	Осъществяване на законодателни промени свързани с въвеждане на конкурентно начало в системата за финансиране на здравеопазването -- Закон за здравето, Закон за здравното осигуряване и Закон за лечебните заведения	5,00

1.2.	Гарантиране финансова устойчивост на националните програми за подобряване здравето на нацията, финансирани със средства от държавния бюджет	4,86
1.3.	Поетапно увеличаване на публичните средства за здравеопазване	4,50
1.4.	Разработване на единна методика за остойностяване на медицинските услуги	5,67
1.5.	Въвеждане на единни индикатори за финансовата дейност на болничната помощ	5,50
1.6.	Усъвършенстване механизмите на заплащане на изпълнителите на медицинска помощ	4,67
2. Усъвършенстване модела на задължителното здравно осигуряване		5,37
2.1.	Запазване модела на задължителното здравно осигуряване на принципа на солидарността, с включване на повече здравноосигурителни фондове, конкуриращи се помежду си	4,67
2.2.	Ползване на механизми за оказване на медицинска помощ на здравнонеосигурените социално-слаби групи от населението	5,67
2.3.	Законодателна промяна в начина на националното рамково договаряне в следните насоки:	5,15
	** извеждане на раздела "Контрол и санкции на изпълнителите на медицинска помощ" от обхвата на националното рамково договаряне в Закона за здравното осигуряване;	4,75
	* промяна в сроковете на рамковото договаряне обвързано с приемането на бюджета на държавата и удължаване срока на действие на Националния рамков договор на 3 години;	5,00
	* ежегодно определяне на обемите и цените на видовете медицински дейности след обсъждане и дискусии с изпълнителите на медицинска помощ и съобразно параметрите на бюджета за съответната финансова година и в съответствие с утвърдената бюджетна процедура от Министерски съвет;	5,29
	* усъвършенстване модела на договаряне чрез разширяване на броя на преговарящите;	5,71
	* въвеждане на ограничение за сключване на договори с нови контрагенти, структури, звена в хода на изпълнение на бюджета за текущата година.	5,00
2.4.	Определяне на глобални параметри на бюджета за всяко лечебно заведение за болнична помощ за съответната финансова година, на основата на определени критерии за специфика в работата, капацитет, оборот на леглата и персонал на лечебните заведения	5,86
2.5.	Поетапно увеличаване размера на задължителната здравноосигурителна вноска без да се увеличава данъчно-осигурителната тежест на населението	5,50
3. Развитие на доброволното здравно осигуряване		4,67
3.1.	Повишаване информираността на населението за възможностите, които предлага доброволното здравно осигуряване	4,75

3.2.	Разширяване на данъчните облекчения върху вноските за доброволно здравно осигуряване за физическите и юридическите лица	4,50
3.3.	Осъществяване на законодателни промени, насочени към преустановяване на нелицензирана здравноосигурителна дейност от страна на лечебни заведения (абонаментно обслужване) и дублираща дейност на застрахователни компании	4,75
Стратегическа цел 9:		
ЕФЕКТИВНО ЧЛЕНСТВО В ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ		5,77
1. Изграждане на административен капацитет		5,64
1.1.	Изграждане на институционален и административен капацитет и необходимата инфраструктура в областта на свободното движение на стоки (храни, козметика, нов подход, медицински изделия и др.) и хора (взаимно признаване на дипломи, квалификации и други свидетелства и за официална квалификация на медицински специалисти, координация на социално-осигурителните схеми), социална политика и заетост (безопасни и здравословни условия на труд, обществено здраве, тютюни), околна среда (води, шум), правосъдие и вътрешни работи (наркотици) и др.	6,57
1.2.	Обучение на администрацията на Министерството на здравеопазването, включително и запознаване с добрите практики на държавите-членки на ЕС в областите от компетенция на МЗ, касаещи пълноправното членство в Европейския съюз	4,71
2. Участие в работата на институциите на ЕС		6,84
2.1.	Разработване и провеждане на политики, съобразени с Програмата на Общността за здраве и защита на потребителите (2007-2013)	5,43
2.2.	Активно участие в изработването на нормативните актове на ЕС в областта на общественото здравеопазване. Разглеждане на здравния аспект като съставна част при оценката на въздействието на всички по-важни предложения за нормативни актове на ЕС. Навременно въвеждане в българското законодателство на нормативните актове на ЕС в областта на общественото здравеопазване	8,14
2.3.	Активно участие на експерти от МЗ в дейността на работни групи и комитети към институции и структури на Европейския съюз	6,78
2.4.	Създаване на система за мониторинг по прилагане на законодателството на ЕС в системата на здравеопазването	7,00
3. Ефективно усвояване на структурните фондове на ЕС		5,31
3.1.	Подготовка и обучение за изготвяне на проекти и програми за финансиране със средства от структурни фондове на ЕС в сферата на: човешките ресурси и тяхното обучение, развитието на здравната инфраструктура в регионите	5,13
3.2.	Осъществяване на контрол по реализирането на одобрените проекти за финансиране на здравеопазването със средства от структурните фондове на ЕС	5,50

4. Република България в ЕС - запознаване с новите възможности и ангажименти, свързани с Европейския съюз		5,28
4.1.	Провеждане на информационна кампания сред населението по възможностите за получаване на здравни грижи на територията на ЕС, мобилност и безопасност на пациентите	5,13
4.2.	Провеждане на информационна кампания сред изпълнителите на медицинска помощ в страната за оказване на медицинска помощ в съответствие с правилата за координация на социално-осигурителните системи	4,13
4.3.	Провеждане на информационна кампания сред населението и бизнес средите за запознаване с новостите в нормативната уредба относно храните и факторите на околната среда, имащи отношение към здравето на хората (въздух, вода); безопасните условия на труд и свободното движение на стоки (храни, козметика, нов подход, медицински изделия и др.)	5,86
4.4.	Усъвършенстване на системата за издаване на европейската здравноосигурителна карта	6,00